



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**SIGNIFICACIONES ASOCIADAS A LA FEMINIDAD EN LA TRAYECTORIA DE
ENFERMEDAD MENTAL DE MUJERES QUE SE ATIENDEN EN LA RED DE
SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA DEL SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO SUR**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

DANIELA A. ULLOA GUTIÉRREZ

**Profesora Guía:
Svenska Arensburg
Informantes:
Marta González
Pablo Cabrera**

**Tesis aprobada con distinción máxima
Santiago de Chile, 2017**

**SIGNIFICACIONES ASOCIADAS A LA FEMINIDAD EN LA TRAYECTORIA DE
ENFERMEDAD MENTAL DE MUJERES QUE SE ATIENDEN EN LA RED DE
SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA DEL SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO SUR**

RESUMEN

Esta investigación indaga acerca de la trayectoria de enfermedad mental de mujeres que se atienden en la red de salud mental y psiquiatría del Servicio de Salud Metropolitano Sur; y que, por distintos motivos, mantienen a lo largo del tiempo su condición de sufrimiento y/o malestar, sometiéndose a múltiples tratamientos ofrecidos por las instituciones de salud. La metodología empleada se orientó siguiendo los lineamientos del enfoque biográfico, entrevistándose a cuatro mujeres.

A partir de las trayectorias de enfermedad, se analizó la(s) construcción(es) de feminidad(es), su relación al orden simbólico y los efectos imaginarios de la normatividad de género. La problemática se aborda desde el cruce entre psicoanálisis y teoría feminista, para repensar el lugar de la(s) mujer(es) como sujeto(s) que se inscribe(n) en coordenadas histórico-sociales determinadas aún por la subordinación del sexo femenino.

Los resultados indican que las significaciones relativas a la feminidad en estas mujeres se caracterizan fundamentalmente por mandatos que reproducen la dominación patriarcal, donde el ideal de la mujer se define por medio de la realización de actividades reproductivas desplegadas en espacios privados. El análisis de sus trayectorias de enfermedad mental revela asimismo que dichos padecimientos se relacionan significativamente con estos mandatos y los múltiples conflictos de carácter psicopatológicos que se originan a partir del sometimiento a ellos.

PALABRAS CLAVE: patologización, mujer y feminidad, normatividad de género, identificación, salud pública y psiquiatría.

ÍNDICE

Introducción	7
Marco teórico	14
1. La construcción imaginaria y el orden simbólico de la diferencia entre los sexos	14
a) Encuentros y desencuentros en los desarrollos de la feminidad en la teoría freudiana: primer aporte a la diferencia sexual anatómica y su construcción	14
b) Algunos desarrollos de la teoría lacaniana para una lectura de la constitución sexual femenina	19
c) Convergencias entre psicoanálisis y feminismo teórico: efectos imaginarios y operación simbólica.	25
d) Maternidad femenina: entre ideal y deseo	31
2. Aportes clínicos de la teoría psicoanalítica	38
a) Resistencias (a la cura)	38
b) Identificación, yo e ideal del yo	41
3. La feminidad como malestar: un amo por otro amo	55
a) Psicopatología femenina y psiquiatría	55
b) Trayectos: enfermedad mental en el sistema público de Chile	65
4. Significaciones y trayectoria biográfica	72
Marco Metodológico	76
1. Objetivos	76
2. Metodología	76
3. Enfoque biográfico	77
4. Diseño de la investigación	79
5. Participantes	79
6. Técnica de producción de la información	81
7. Procedimiento	83
8. Reflexividad de la investigadora en la investigación y aspectos éticos	85
9. Análisis	87
Presentación de resultados	91
1. La trayectoria singular	91
a) La construcción del origen de la enfermedad en el advenimiento de la feminidad	91
i. Catalina	92
ii. Claudia	94
iii. Renata	96
iv. María López	99
b) Discusiones en torno a las trayectorias singulares	103

2. Trayectorias que convergen: continuidades y discontinuidades	105
a) Mandatos femeninos y sus formas de identificación	105
i. “La mujer es el pilar de la sociedad”	105
ii. Identificación a los roles: un mundo privado	107
iii. Discusiones sobre los mandatos femeninos y sus formas de identificación	112
b) Mandatos femeninos en la trayectoria de la enfermedad	114
i. “Me hizo falta mi madre”	115
ii. Sobredemanda de roles	116
iii. La mujer como receptáculo	118
iv. Discusiones sobre los mandatos femeninos en la trayectoria de la enfermedad	121
c) La trayectoria institucional y sus mandatos	123
i. La enfermedad y el diagnóstico	123
ii. Relaciones con los “especialistas” de la salud	126
iii. Discusión sobre la trayectoria institucional y sus mandatos	126
d) Interlocución entre narradoras e investigadora	128
Conclusiones	131
Bibliografía	137
Anexos	145
Anexo I: Notaciones de Transcripción usadas en los fragmentos citados	145
Anexo II. Consentimiento informado	146
Anexo III: Cuaderno guía de análisis para la investigadora	148

INTRODUCCIÓN

La inquietud que anima esta investigación surge desde mi propia experiencia como psicoterapeuta de mujeres en contexto psiquiátrico hospitalario, a partir de la necesidad de elaborar diversos aspectos del abordaje clínico en casos en los que los mandatos de género son (re)producidos y padecidos tanto en el discurso institucional, como en aquellos sujetos que allí buscan alivio a sus particulares modos de padecimiento.

Las narradoras que producen el discurso abordado en esta investigación, son mujeres que se atienden en la red de salud mental y psiquiatría del servicio de salud metropolitano sur. Entre los rasgos que marcan sus alusiones a los propios padecimientos, se encuentran: la idea de que no tienen mejoría; aluden explícitamente a la necesidad de contar con “ayuda psiquiátrica”; algunas de ellas atribuyen su malestar a la sobredemanda de roles, donde el agotamiento y el cansancio aparecen de manera frecuente e intensa. Son mujeres que manifiestan querer morir y que por distintos medios relatan haber intentado quitarse la vida.

Desde la institución de salud (Tubert, 2001; Illanes, 2007; Carmen Valls-LLobet, 2011; Aceituno; Miranda & Jiménez, 2012) son consideradas como personas que desafían al personal, fundamentalmente por el riesgo de suicidio. Suelen ser caracterizadas por profesionales de los equipos tratantes como pacientes altamente demandantes de atención, demanda que podría comprenderse como una interpelación a la institución en búsqueda de alguna modalidad de reconocimiento simbólico. Dada la insuficiencia del sistema para intensificar las prestaciones y su dificultad para integrar la comprensión de las dimensiones simbólicas que esta problemática actualiza, se establecen conflictos entre las demandas de atención y las respuestas que la institución tiende a otorgar, las que frecuentemente se reducen al plano de la mera satisfacción inmediatista y clientelar.

Desde el discurso psicopatológico psiquiátrico, se considera que estas mujeres presentan múltiples diagnósticos en comorbilidad, donde las categorías más frecuentes son trastorno de personalidad, trastorno bipolar del ánimo, depresión severa, trastorno de pánico, ansiosos y de angustia. En función de ello, estos sujetos reciben de parte de la institución tratamientos poli farmacéuticos, e incluso indicación de TEC (terapia electro

convulsiva) en los casos donde las ideas de dañarse son consideradas como refractarias a los tratamientos ofrecidos; intervenciones que lejos de generar mejorías clínicas que promuevan la autonomía, tienden a establecer dinámicas de dependencia con la institución, con un evidente desgaste en la relación con el personal de los equipos tratantes y la institucionalización de estas mujeres.

El estado del arte de las investigaciones en salud pública y hospitalaria en Chile, señala que son las mujeres quienes demandan mayor atención en los servicios públicos en salud mental, representando la primera causa de discapacidad laboral entre las adultas activas (Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010). En los adultos entre 15 y 64 años del gran Santiago, las mujeres representan el 33,6%, mientras que los varones 15,7%³ de personas que padecen algún trastorno psiquiátrico (Vicente & cols., 2007).

Las investigaciones que incorporan la variable del género como determinante de las enfermedades psiquiátricas en mujeres mayores de 18 años (Ludermil, 2012 & Coutinho, 1999), establecen una clara relación entre la prevalencia de enfermedad mental como trastorno de personalidad, trastornos afectivos, estrés post-traumático (Araya, 2001; Vicente & cols., 2002) y la violencia doméstica, sexual, intrafamiliar y conyugal (Organización Naciones Unidas ONU, Informe Subsecretaria de prevención del delito, 2014). En un estudio comparativo entre mujeres con y sin historia de violencia hacia la mujer, aumenta casi al doble la prevalencia de una enfermedad mental entre aquellas mujeres que presentaron dinámicas de violencia a lo largo de sus vidas (Illanes, 2007). Estos antecedentes arrojan luces sobre dos aspectos: el primero, del todo evidente, es que la población de sexo femenino es la que se atiende mayoritariamente en los servicios públicos de salud mental; y el segundo, es que la violencia, entendida como maltrato físico y psicológico hacia la mujer, influye negativamente en su salud.

Otros estudios, llevados a cabo por instituciones públicas dedicadas a trabajar con violencia hacia la mujer, incorporan una mirada más compleja acerca de las prescripciones de género; sus efectos sobre la salud mental en esta población y sus relaciones con las instituciones de salud mental. Estos dan cuenta de la dificultad por parte de las mujeres de solicitar ayuda ante situaciones de vulneración, asociando esta dificultad a sentimientos de

vergüenza y culpa, lo cual retrasa en años la posibilidad de tratamiento (Centro de atención a víctimas de violencia sexual, 2001).

En virtud de estos antecedentes podría llegar a concluirse que “las mujeres” son una población altamente consultante, pero al mismo tiempo presentarían importantes dificultades para pedir ayuda. Cualquier tentativa de respuesta a esta y otras tensiones que los “datos” sobre esta población parecen mostrar, debiera comenzar por el cuestionamiento del carácter esencialmente identitario de estas investigaciones promovidas desde el Estado, considerando también que las mujeres que se encuentran en situación de vulneración pueden exceder ampliamente las cifras actuales sobre estas problemáticas. Sin embargo, son datos necesarios a considerar en un primer acercamiento al problema de la construcción de la feminidad y su relación con las trayectorias subjetivas en instituciones de salud mental en nuestro país.

En Chile el debate en torno a estas temáticas es aún incipiente y precario, más aún si se considera al género como una perspectiva que reconoce a la diferencia entre los sujetos. La incorporación de estas formas de reflexión está en tensión con los modelos de estandarización y gestión propuestos en el plan nacional de salud mental, fundamentados en gran medida en la medicina basada en la evidencia, donde la singularidad pierde lugar, puesto que se pretende un estilo de tratamiento único para todas las personas, o a lo sumo para mujeres y hombres definidos desde la pura diferencia sexual anatómica: “los problemas de salud mental en Chile no solo requieren de estudios e intervenciones que se sitúan en el ámbito clínico, sino que también deben ser analizados en función de las condiciones relativamente específicas a la subjetividad y a las relaciones sociales contemporáneas” (Aceituno; Miranda & Jiménez, 2012:93).

Los sufrimientos y/o padecimientos visibles en algunas de las mujeres atendidas, pueden ser analizados desde las teorías feministas y psicoanalítica, ya que algunas mujeres demandan atención de salud mental por los sentimientos extremos de angustia, culpa y la sensación de sobredemanda de roles de género (Carmen Valls-Llobet, 2011). En la demanda de atención en salud mental, estos sentimientos pueden llevar a enfermar a una mujer teniendo consecuencias tanto en su salud mental como general.

El orden simbólico que establece la diferencia entre los sexos, al ser asumida y encarnada en un sujeto histórico, produce efectos imaginarios que se traducen en la “identidad femenina” (Tubert, 2001:141). Los efectos, a su vez, se relacionan con el malestar en la cultura, expresándose contemporáneamente bajo la forma de sufrimientos psíquicos que se extienden por periodos prolongados, con alta demanda de atención, uso de variada farmacología y etiquetamiento de múltiples diagnósticos psiquiátricos (APA, 2015), sin posibilidad de alcanzar en la atención pública o en programas de atención hospitalario una mejoría sustancial, siendo denominadas como personas con enfermedad mental grave y/o crónica (Observatorio de la discapacidad [ODC], 2003).

Los modos en los que hegemónicamente se configuran las construcciones de género resultan indisociables de las problemáticas que emergen en las trayectorias particulares de los sujetos en las instituciones de salud mental. En ellas se evidencian una serie de estereotipos y rigidizaciones asociadas a la internalización de los roles y/o a los propios ideales culturales respecto del cuidado, reproducción y el placer sexual (Foucault, 2005). Allí vemos que las historias de las mujeres se cruzan con un abordaje desde la institución de salud por la cuestión del mandato de género, dando cuenta de imposibilidades de renuncia a las exigencias de dichos roles, inhibiciones extremas en las relaciones con los otros, o los intentos de suicidio como vías extremas de salida frente a manifestaciones mortíferas de sentimientos de angustia y culpa.

En relación con esto último, cabe señalar que un elemento importante en la neurosis referido por Freud, es el fracaso del proceso inhibitorio de deseos altamente conflictivos a la luz de las exigencias culturales, al mismo tiempo que una dificultad extrema en los sujetos para tramitar dichas aspiraciones por vía de la sublimación. En estas condiciones, la realización de las tareas asociadas a las exigencias culturales ocurre a costa de un enorme gasto energético, al que subyace un empobrecimiento interior; o en los casos más graves, donde dichas tareas son derechamente imposibles a causa de la misma enfermedad psíquica (Freud, 1908). En este sentido, es parte de los relatos de mujeres que la experiencia de cuidar a otros se experimenta como una sobredemanda de aquel rol de cuidado, del que pueden desprenderse sólo parcialmente cuando enferman. Como señalan Aceituno, Miranda y Jiménez (2012:93) “La experiencia clínica más cotidiana demuestra que las

demandas de salud (mental, en este caso) son el territorio donde la subjetividad, vaciada de su sentido a la vez individual y comunitario, se dirige a interlocutores institucionales diversos (el “Otro” social) para encontrar ahí no solo la respuesta al contenido de tales demandas sino un reconocimiento –improbable– de su propia legitimidad”.

Asimismo, los imperativos que reproduce la institución psiquiátrica en los tratamientos de estas mujeres, redoblan el peso del mandato de género sobre ellas, desde las consideraciones de la identificación al ideal femenino (Freud, 1921), incluso incrementando sus sentimiento de culpa y vergüenza. O afirmando la necesidad de mantener los ideales femeninos frente a los cuales las mujeres sostienen su conflicto (Daskal, 1999 en SERNAM). Sin embargo, es importante destacar que estos roles a su vez están llenos de contradicciones, pues son parte de una contemporaneidad compleja y diversa que ha impactado históricamente en el territorio de la subjetividad femenina (Tubert, 2001).

En “En el malestar en la cultura”, Freud (1930) desarrolla la idea que la mayoría de los sujetos tienen un límite más allá del cual su constitución no les permite someterse a las exigencias culturales. Por ende, la norma cultural deviene inevitablemente injusticia social, puesto que impone la misma conducta sexual a todos los sujetos. A la luz de esta clave de lectura general, cabe preguntarse qué ocurre con dicho límite en los casos de mujeres que parecen alienadas a dichas normas o, visto desde otro ángulo, qué aspectos de la transgresión de los preceptos morales logran emerger en las trayectorias de estas mujeres.

Las demandas culturales y las formas de identificación que ella ofrece a los sujetos son parte de toda constitución psíquica. Como desarrolló Freud (1921), la identificación comporta el parámetro desde donde el sujeto moviliza los aspectos prescriptivos y prohibitivos que van dejando sus huellas en el ideal del yo. En la medida en que forman parte del ideal, el sujeto ajusta su comportamiento en función de dichos aspectos, siendo puntos de llegada y no puntos de partida o propiedades inherentes al desarrollo psíquico (Freud, 1915). Por lo tanto, la especificidad clínica que concierne a la institucionalidad de la “salud mental” será relevante para establecer el rendimiento de las nociones psicoanalíticas de “identificación” e “ideal del yo”, en la medida que actúan como conceptos en los que se revelan las prescripciones o prohibiciones originadas en la historia al mismo tiempo singular y proto-típica (edípica), la que imprime sus huellas sobre una

trayectoria “actual” donde las definiciones institucionales (culturales) de lo normal y lo patológico se interrogan y tensionan.

Aunque es indudable que las particularidades de la feminización y sus procesos primarios de subjetivación encuentran en el territorio del orden simbólico establecido sus determinaciones y límites (Butler, 2005), el efecto con posterioridad que resignifica y determina la eficacia de las identificaciones sobre el funcionamiento psíquico de los sujetos también integra en las mismas dinámicas elementos de subversión de dichas prescripciones (Freud, 1923). En esta investigación será necesario preguntarse entonces qué trayectorias y formas de identificaciones recorren las mujeres que llegan a enfermar y atenderse en el sistema público de salud mental en Chile, y de qué modo dicho material es indicador de diversos modos de reproducción, resistencia o subversión de los ideales que definen culturalmente qué es lo que debe ser una mujer.

Toma relevancia la trayectoria del devenir de la feminidad en la intersección con las exigencias supuestas a la función sexual de la mujer y las exigencias culturales (Tubert, 1998). La mujer en tanto humano que toma una posición sexuada y organiza así su deseo, debe diferenciarse de la constitución anatómica de la mujer. Cabe señalar en este sentido que la diferencia sexual anatómica tiene relevancia, en este estudio, en tanto sujeto sexuado y con una relación singular al deseo.

Como se ha señalado, pensar las trayectorias de las mujeres desde los procesos primordiales de identificación, incorpora la consideración de la historia subjetiva en tanto que *actualidad*, conceptualización trabajada por Aceituno (2011) para señalar la relevancia de las construcciones históricas en el devenir de los sujetos. Es así que la teorización del género y su relación al sufrimiento psíquico de las mujeres en tanto historia situada en un contexto social determinado, pueden aportar una clave de lectura a las mujeres que demandan ser escuchadas precisamente en aquellos puntos que comportan un alto índice de conflictividad con la propia historia de identificaciones a los mandatos de género y sus consecuencias sobre la feminidad -entendida esta como una relación singular entre cultura e inconsciente- (Tubert, 2011); y su forma de padecerlo en la cultura como expresión de su malestar. Desde esta perspectiva la psicopatologización invisibiliza la problemática estructural y simbólica que da cuenta de la relación sujeto-cultura (Bourdieu, 2001). Por lo

tanto es fundamental pensar la singularidad de la emergencia del deseo femenino, ya que de lo contrario se puede reproducir la violencia –simbólica- sobre aquellas mujeres que demandan una escucha acerca de su relación con la propia historia y los mandatos de feminidad que la marcan (Tort, 2005; Valls-Llobet, 2011). El ejercicio normativo de planes y programas del Estado, ajeno a dicha reflexión y a los procesos de subjetivación en que las mujeres han efectuado sus propios trayectos, innegablemente redobla la violencia que al mismo tiempo se vincula con los padecimientos que animan dichos recorridos (Arensburg & Lewin, 2014).

Considerando lo anterior, la pregunta que orientará la investigación es: ¿cuáles son las significaciones asociadas a la feminidad en la trayectoria de enfermedad mental de mujeres que se atienden en la red de salud mental y psiquiatría del servicio de salud metropolitano sur? Formular el problema de este modo resulta relevante, en la medida que ofrece la posibilidad de rescatar la singularidad de las narradoras que participaron de esta investigación, así como los procesos de subjetivación históricos –por tanto actuales- que organizan las feminidades de cada una, las consecuencias del sufrimiento psíquico como expresión del malestar en la cultura, y las trayectorias institucionales en las que se reproducen y producen sentidos para estos sujetos.

MARCO TEÓRICO

La clave de lectura propuesta en este marco teórico, que en los primeros momentos de problematización incorporaba por una parte la teoría psicoanalítica de la identificación, el ideal y las consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos; y por otra, en un cruce entre psicoanálisis y feminismo, algunos desarrollos sobre los efectos imaginarios de los imperativos culturales y la diferencia sexual anatómica; debió ser reestructurada con posterioridad a la emergencia del material analítico de las entrevistas y notas de campo. Así se incorporaron elementos específicos respecto a la psicopatología femenina, la maternidad como ideal femenino, y algunas consideraciones legales respecto a las internaciones involuntarias. Este proceso de constante construcción tiene el sentido de oponer aspectos éticos y críticos a la aspiración de una verdad absoluta en la investigación social, desde una perspectiva de inspiración en el feminismo teórico y el enfoque biográfico.

1. La construcción imaginaria y el orden simbólico de la diferencia entre los sexos

En este capítulo se exponen las consideraciones de la diferencia sexual anatómica en la constitución psíquica de la mujer, iniciando el recorrido por la teoría freudiana, la que devela tanto el valor de la investigación psicoanalítica sobre la feminidad, como las tensiones presentes en la teorización de las consecuencias de la diferencia sexual anatómica. Luego se describen algunos aportes de la teoría lacaniana a la comprensión falocéntrica, para integrar la relevancia del mandato de género en el orden simbólico de la diferencia entre los sexos. El capítulo finaliza con el cruce entre teoría feminista y psicoanálisis, ampliando a la reflexión crítica y deconstructiva de la relación entre cultura e inconsciente en los mandatos a la feminidad.

a) Encuentros y desencuentros en los desarrollos de la feminidad en la teoría freudiana: primer aporte a la diferencia sexual anatómica y su construcción

En el año 1925 Sigmund Freud (1856-1939) concluye su artículo “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos”. Esta publicación es de gran relevancia en la articulación de las descripciones previas que Freud mismo había

establecido respecto a la sexualidad femenina. La investigación freudiana sobre esta cuestión había estado marcada por la dificultosa comprensión de los aspectos específicos del desarrollo sexual femenino, cuestión que él mismo había explicitado en “Tres ensayos de teoría sexual”, al señalar que “la importancia (...) de la sobreestimación sexual puede estudiarse mejor en el hombre, cuya vida amorosa es la única que se ha hecho asequible a la investigación, mientras que la de la mujer permanece envuelta en una oscuridad todavía impenetrable, en parte a causa de la atrofia cultural, pero en parte también por la reserva y la insinceridad convencionales de las mujeres” (1905:137). Convencionalidad que no puede pensarse fuera de la misma atrofia cultural, como se desarrolla más adelante, en el sentido del malestar que ello implica en la propia mujer. En el artículo de 1908 “Sobre las teorías sexuales infantiles”, Freud vuelve a denunciar la falencia de la investigación respecto del desarrollo sexual femenino, señalando que “debido a circunstancias externas e internas poco propicias, las comunicaciones que siguen se refieren predominantemente al desarrollo sexual de uno de los sexos, a saber, el masculino” (1908:189). Dada esta consideración, en el mismo escrito, se puede encontrar algunas puntualizaciones respecto de la constitución psíquica y la diferencia sexual anatómica, que posiciona el genital del varón pene, en supremacía al órgano femenino.

Freud describe que en el niño varón se presenta la amenaza de castración, ya que teme perder su pene, reeditando la observación que la niña no lo posee, y a su vez, “en la niña pequeña se puede observar que comparte por entero aquella estimación de su hermano. Desarrolla un gran interés por esa parte del cuerpo en el varón, interés que pronto pasa a estar comandado por la envidia”. (1908:194). Continúa Freud, advirtiendo la clara homologación anatomo-fisiológica entre el pene y el clítoris, este último, como pene pequeño que cumple la misma función de excitabilidad al tocarlo, que la del varón con su pene, otorgando un carácter masculino al quehacer sexual de la niña, otorgándole la denominación de -complejo de masculinidad- a esta observación. Posteriormente, en la pubertad la represión removerá esta sexualidad masculina para que surja la mujer y si ocurre por el contrario la persistencia de la excitabilidad del clítoris, para Freud (1908), atrofiaría la capacidad orgásmica volviendo anestésicas a las mujeres en el coito. De aquí se puede desprender que la mujer, en la adolescencia, debe efectuar una renuncia o esfuerzo

adicional al del varón para alcanzar la excitabilidad requerida en el orgasmo, esta puntualización es relevante para la investigación, ya que, como elemento clínico, puede develar una construcción cultural que impacta a modo de un mandato de género en la capacidad orgásmica de las mujeres. Es decir que la mujer debe abandonar su onanismo para lograr una sexualidad femenina, a diferencia del varón en que esta condición no cambiaría, pues le sería propia a la masculinidad.

Es Freud el primero en considerar la relevancia de la sexualidad infantil y detenerse en un análisis cuidadoso. Sus estudios develaron la capacidad de representarse la diferencia sexual anatómica entre niños y niñas, cuestión que aparece como un problema al momento de describir la representación sexual de la niña. En el escrito de 1926 “¿Pueden los legos ejercer el análisis?”, Freud señala que el miembro sexual femenino “no desempeña en ella todavía papel alguno, no se ha descubierto aún para el niño” (1926:199). El interés psíquico recaería siempre y de manera excluyente sobre el miembro masculino, respecto de su ausencia o presencia, ratificando así el desconocimiento sobre la vida sexual de la niña en comparación con la del varón: “hemos discernido que la niña siente pesadamente la falta de un miembro sexual de igual valor que el masculino” (1926:199). La niña se consideraría inferior por esa falta, denominada como “envidia del pene”, situando en ella el origen de una serie de reacciones que Freud caracterizaría como propiamente femeninas. La representación de la distinción anatómica entre los sexos, construida en torno de los genitales masculinos, sería para Freud fundamental en la determinación de los devenires del psiquismo, tanto en los niños como en las niñas.

En “El sepultamiento del complejo Edipo”, Freud refiere que en el contexto cultural de la época, la exigencia de igualdad por las feministas no tiene validez desde esta perspectiva, ya que “la diferencia morfológica tiene que exteriorizarse en diversidades del desarrollo psíquico” (1924:185). Desde su perspectiva el tamaño del pene en comparación con el del clítoris es vivenciado necesariamente por la niña como un perjuicio y una razón de inferioridad. Se complementa esta idea de la “envidia del pene” femenina con su contrario en el varón, el “temor a la castración”, miedo a la pérdida del objeto preciado. Es así como estas dos reacciones serían el resultado del impacto diverso que tiene la diferencia

anatómica para niños y niñas, las que a pesar de sus evidentes diferencias, giran en torno de la misma valoración de los genitales masculinos sobre los femeninos.

Para la teoría freudiana, en el núcleo conflictivo del complejo de Edipo en la niña la madre es un obstáculo para el vínculo erótico con el padre (Freud, 1910). La niña ha cambiado su objeto de amor primario, la madre, movilizada por la decepción o resentimiento frente a la castración materna, resignando su antigua elección frente a un nuevo objeto, a saber, el padre, en la medida que puede otorgar el pene, que será luego simbolizado por el hijo. Esto da cuenta de la inclinación denominada preedípica de la niña hacia la madre, siendo el complejo de castración, a la vez el ingreso de la niña a la fase fálica y el complejo de Edipo y el sepultamiento de este en el caso del varón. Esta distinción establecida por Freud supone la preponderancia del falo en puntos clave para el Edipo en ambos sexos. El psiquismo de la niña aparece así como ignorante, o al menos indiferente frente a la existencia de la vagina.

Para Laplanche (2001), Freud muestra “como el órgano masculino se inscribe en una serie de términos sustituibles unos por otros en ecuaciones simbólicas-pene=heces=regalo=niño=etc.-términos que tienen en común la propiedad de separarse del sujeto y susceptibles de poder circular entre una persona y otra. Por tanto para Freud, el órgano masculino es relevante en la medida que representa un símbolo, en tanto “su ausencia o presencia transforma una diferencia anatómica en un criterio fundamental de clasificación de los seres humanos”. (Laplanche, 2001:137) llevando esta premisa a un resultado intra e intersubjetivo y a la asunción del propio sexo por el sujeto.

En 1923, en el texto sobre la organización genital infantil, Freud establece la castración como el pivote sobre el que en la pubertad se configura la oposición masculinidad-feminidad. Este primer momento de la infancia es fundamental en tanto inaugura funciones primordiales a partir del complejo de Edipo. A saber, la elección del objeto de amor, que termina de determinarse con posterioridad a la pubertad pero que ya viene condicionado desde las identificaciones inherentes al complejo de Edipo. El acceso a la genitalidad adulta no es una cuestión de pura maduración biológica, o al menos es una relación compleja psique-cuerpo, ya que requiere de la instauración psíquica del Falo, quedando esta establecida al resolverse la crisis edípica por el camino de la identificación,

delimitando al mismo tiempo las instancias psíquicas de la personalidad, en especial el súper yo y el ideal del yo (1923a: 64).¹

A continuación se describen algunas puntualizaciones posteriormente realizadas por Freud en la comprensión de la mujer como sujeto sexuado, que pese a estar esbozados y enunciados en un gran número de sus escritos anteriores, recién se logran sintetizar en el año 1925, en “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos”. Este artículo inicia subrayando el primer periodo de la infancia como un lugar privilegiado que permitirá comprender las fuerzas pulsionales y sus conflictos, determinantes de la posterior neurosis. Será fundamental por lo tanto la indagación sobre el florecimiento sexual en la infancia, para evitar confundirse con las superposiciones producidas en la edad madura.

Las consecuencias psíquicas en la edad adulta de las mujeres que no logran superar el complejo de masculinidad, serán dramáticas en el prefigurado desarrollo hacia la femineidad, pudiendo afrontar cuestiones como la esperanza tenaz de recibir un pene, igualándose al varón, pudiendo “conservarse hasta épocas inverosímilmente tardías y convertirse en motivo de extrañas acciones, de otro modo incomprensibles” (Freud, 1925:271). También puede ocurrir la desmentida, en la que la niña afirma que posee pene y se comporta como si fuera varón, base para un posible desarrollo psicótico.

La envidia del pene en la niña también puede situarse como el fundamento de sentimientos de desprecio del propio género. La niña comparte con el varón el menosprecio hacia el sexo femenino, que sería el resultado de la comprensión del carácter universal de la primacía del falo, admitiendo su herida narcisista ya no sólo como un castigo personal, estableciéndose un sentimiento de más amplio alcance respecto de la inferioridad de las mujeres. Otra consecuencia descrita sería el aflojamiento de los vínculos tiernos con la madre y la ligazón estrecha e intensa con el padre y múltiples manifestaciones del deseo de darle un hijo a él (Freud, 1925).

A la luz de nuestra problemática, cobra relevancia una observación de Freud respecto de los destinos de la envidia del pene en la niña. El descubrimiento de la

¹ Las consideraciones freudianas relativas la identificación, el súper yo y el ideal del yo se retomarán en un apartado específico para ser abordadas en detalle.

inferioridad de su clítoris conllevaría al abandono de la estimulación de esta zona como forma de placer, renuncia apuntalada sobre sentimientos de vergüenza y culpa. Sin embargo, los incontables casos en los que esta deriva no se realiza evidencia el carácter parcial del desarrollo teórico freudiano sobre aquello que definiría la sexualidad adulta: “la masculinidad y la femineidad puras siguen siendo construcciones teóricas de contenido incierto”. (Freud, 1925:273).

La elaboración de Freud contempla no sólo aspectos teóricos, también integra experiencias provenientes de la práctica analítica, particularmente sus aspectos más problemáticos y dificultosos. La invitación de Freud a la continuación de la investigación que él ha abierto queda extendida: “Ya se agotó lo que se agitaba en la superficie; el resto debe recogerse de lo profundo con laborioso empeño” (2008: 268). Con seguridad Jacques Lacan (1901-1981) es uno de los psicoanalistas que se preocupó de continuar esta labor.

b) Algunos desarrollos de la teoría lacaniana para una lectura de la constitución sexual femenina

Desde la teoría lacaniana la envidia del pene puede reformularse en otros términos, como algo del orden de la falta que ha tenido lugar en la niña. Lacan, en sus primeras enseñanzas, planteará que el falo opera como significante imaginario, representando no obstante al falo simbólico. En principio, en los primeros momentos de la teoría lacaniana, la distinción entre imaginario y simbólico respecto del falo se traza sin mayor elaboración respecto de las mediaciones que articulan los dos registros, lo que será enmendado por el mismo autor en momentos posteriores de su obra, donde se desarrolla una perspectiva más dialéctica entre estos registros.

En la obra de Lacan, una primera clave de lectura sobre la sexualidad femenina se encuentra sistematizada en el seminario de la Psicosis (1955-1956). En este se señala que la ausencia de simbolización del órgano femenino establece la disimetría en la asunción del sexo en el complejo de Edipo. La relevancia del falo imaginario opera en la medida que tiene su impacto sobre lo simbólico. “No hay, diremos, simbolización del sexo de la mujer en cuanto tal, en todos los casos la simbolización no es la misma, no tiene la misma fuente, el mismo modo de acceso que la simbolización del sexo del hombre. Y esto, es porque lo

imaginario sólo proporciona un ausencia donde en otro lado hay un símbolo muy prevalente”. (Lacan, 1955-1956:251). La prevalencia de la totalidad fálica, forzará a la mujer a identificarse con el padre, por tanto el acceso al complejo de Edipo por la mujer se hace pasando por la identificación imaginaria al padre, por la prevalencia imaginaria del falo, que a su vez, el eje simbólico del Edipo. (Lacan 1955-1956)

El complejo de castración tendría para ambos sexos la misma incidencia en la realización del complejo de Edipo, y esto será determinado por la identificación al padre, ya que no hay un equivalente simbólico al falo. En este momento se puede hablar de disimetría significativa, es decir, el falo es simbolizado en la medida que es imaginario y lo femenino no puede ser representado, por tanto la articulación de los sexos es en función de un solo símbolo, es decir, el falo. La consecuencia de esto en la mujer, sería el carente material del que dispone para identificarse a lo propiamente femenino, realizando el rodeo antes señalado por la vía de la identificación con el padre. Este sería un punto común entre niño y niña en la teoría lacaniana, lo que se distancia ostensiblemente de los planteamientos freudianos sobre el Edipo.

Para Lacan, el recurso imaginario que utilizará la mujer para identificarse a la posición femenina terminará “taponeando” esta ausencia. Ello supone una forma novedosa de plantear la diferencia sexual, más allá de su eventual fundamento anatómico: “uno de los sexos necesita tomar como base la identificación de la imagen del otro sexo. Que las cosas sean así no puede considerarse como mera extravagancia de la naturaleza. El hecho sólo puede interpretarse en que el ordenamiento simbólico todo lo regula”. (Lacan, 1955-1956:252)

La sentencia de Lacan al ordenamiento simbólico es fundamental para la comprensión de esta investigación, ya que se propone dar cuenta de los sucesos que se implican en la construcción de la feminidad en el entramado de la cultura y la subjetividad.

Para Lacan, a diferencia de Freud, la relación en el Edipo no es triangular por la presencia concreta de tres agentes o personajes en el conflicto, sino por su remisión a la metáfora paterna. El “nombre-del-padre” trasciende a través del significante falo la relación imaginaria del sujeto con su sexualidad. El “nombre-del-padre” es el principio de eficacia

del Edipo y desplaza el deseo de la madre hacia un lugar oculto, lo entierra o sepulta, para ambos sexos. Así la función del Edipo es incitar la castración simbólica. (Chemama, 2004).

Al ser el “nombre-del-padre” lo que asegura esta función en nuestra civilización, se desprenderá del monoteísmo y no tiene nada de obligatorio ni universal. Específicamente en el individuo occidental el mito edípico opera en el inconsciente en ambos sexos, pero en otras civilizaciones puede ser un detalle y otros aspectos estructurales operarán en la castración (Chemama, 2004).

El problema que aquí se presenta es la producción cultural de la normalización edípica y sus consecuencias, en el caso de la mujer, que será promovida a identificarse con aquello que no le sería propio, o más bien, con aquello que le deja en una posición de subordinación al sexo contrario, al ser el que se eleva como significante fundacional. Sin lugar a dudas no se pretende pensar que las consecuencias son unívocas ni unidireccionales, puesto que ambos sexos (hembra y macho) se ven sometidos a la lógica del Edipo. Sin embargo, la especificidad clínica que de allí devenga en cada caso debe ser estudiada en detalle a la luz de estos hallazgos que siguen operando, si establecemos por ejemplo, que el “nombre-del-padre” operaría dentro de los límites de un sistema patriarcal que persiste y está actualmente vigente, donde la feminidad seguirá siendo un significante vacío que se puede llenar por las demandas sociales que se le imponen.

Para Lacan, el falo será presentado como objeto imaginario del deseo de la madre, ofrecido a la identificación del sujeto, y se desplegará como identificación fálica, complementado la identificación previa a la imagen especular -estadio del espejo-. Para Jacques Miller (2002), posterior al estadio del espejo viene el estadio del deseo de la madre, en la que prevalece la imagen fálica, el sujeto se identificará con el objeto imaginario del deseo de su madre, a saber, la simbolización del falo. Se denominará simbólico, pues el hecho de que la madre no lo tenga y lo pueda ofrecer como identificación daría cuenta de un componente del orden simbólico. Lacan dirá en sus escritos que la relación de amor del niño a la madre, es de dependencia, “es decir, por el deseo de su deseo, se identifica con el objeto imaginario de ese deseo en cuanto que la madre misma lo simboliza en el falo”. (Lacan, 2002:536). Esta relación dialéctica producirá a su vez el falocentrismo que determina como ya se ha señalado a ambos sexos.

En el mismo escrito Lacan retoma a Freud, señalando la distinción fundamental entre imaginario y simbólico, estableciendo que la función imaginaria del falo sería el pivote para el registro simbólico, de este modo permite al sujeto elevar la condición simbólica del complejo de castración, a propósito del cuestionamiento del sexo (tener o no tener).

Considerando los antecedentes ya expuestos, se puede señalar la identificación del niño con el objeto del deseo de la madre, ya que se establece una significación fálica de este deseo, es decir, lo que se supone desea la madre, a modo de imaginarización, es lo que el niño espera colmar. La significación puede ocupar cualquier valor siendo evocada en lo imaginario por el registro simbólico por la denominada “metáfora paterna”. Para precisar, el orden del significante siempre será desde el lugar fálico y este permite constituirse como hombre o mujer.

Así, la función paterna será aquella que posibilita la metáfora, a su vez que el padre es el significante que sustituye al primer significante introducido en la simbolización, el materno (Lacan, 1957-1958), funcionando como mediación entre la madre y el niño. La función paterna será entonces intervenir sobre la relación materna para que el niño no quede atrapado como objeto de deseo de la madre. Esto es posible sólo si en la madre existe un orden simbólico que permita incluir al padre como mediador. Esta mediación metafórica situada en el inconsciente, está del lado de la castración. Lacan señala que la castración opera en la madre y no en el sujeto. Así se plantea para el sujeto aceptar o no esta privación del falo en la madre. De no operar se puede mantener una forma de identificación plena entre el sujeto y el objeto de deseo de la madre.

Para establecer algunos paralelos útiles a la hora de formular aproximaciones clínicas a esta investigación, se describe a continuación sintéticamente los tres tiempos lógicos propuestos por Lacan en el Edipo. Debe comenzarse por considerar que para Lacan el punto más álgido y dificultoso en el Edipo de la niña es su ingreso al complejo: “para ella la dificultad se encuentra en la entrada, mientras que al final, la solución se ve facilitada porque el padre no tiene dificultad para ser preferido a la madre como portador del falo”. (Lacan, 1957-1958: 177-178). En cambio para el niño el complejo de castración sería la vía de salida del Edipo, y por tanto, es en la finalización donde radica su mayor dificultad.

Primer tiempo, la efectividad del padre no es en lo real, sino en el significante del Nombre del Padre, en lo simbólico. El niño, al entrever el deseo de la madre en el falo, trata de identificarse a él, puesto que imaginariamente colmaría el deseo de ese Otro primordial. Aquí hay un punto clave, ya que no siempre el sujeto está cómodo en la identificación con ese objeto, puesto que se presenta como enigmático. Para Lacan (1957-1958) hay grados de identificación con este objeto, lo que repercute clínica y estructuralmente al contribuir a la elección de psicosis, neurosis o perversión; lo que por otra parte también dependerá de la acogida de ese Otro primordial frente al infante. La elección que supone ser o no ser el falo de la madre, nos presenta una dialéctica, ya que la elección es tanto pasiva como activa, en tanto que los padres dispusieron previamente una frase significante para el hijo, pero a la vez, este debe decidir si tener o no tener falo.

En el segundo momento el padre interviene en el plano imaginario, puesto que priva a la madre de tenerlo. Esto deja al descubierto que la madre no remite a su propia ley, sino a la ley de Otro, el padre en tanto que representante de la cultura. Así la madre queda tachada, castrada.

El tercer tiempo será del que depende la salida del Edipo, “el falo, el padre ha demostrado que lo daba sólo en la medida que es portador...de la ley” (Lacan, 1957-1958: 199). Esta es una promesa que el padre debe mantener, puede dar o no el falo, porque lo tiene, pero el padre debe tener una prueba de su posesión, por tanto debe intervenir como padre potente en lo real, así la relación entre la madre y el padre se inscribe también en el plano de lo real. De esto modo el falo reaparece como el objeto deseado por la madre y no sólo como aquel del que es privada. De este modo el padre real operaría como fundamento del ideal del yo, toda vez que se logre resolver este tercer momento del Edipo, lo que es al mismo tiempo su salida o sepultamiento.

El mismo Lacan, planteará en “Los tres tiempos del Edipo” que para la mujer la salida del Edipo es distinta que para el hombre: “Para ella (...) es mucho más simple, ella no ha de enfrentarse con esa identificación, ni ha de conservar ese título de virilidad. Sabe donde está eso y sabe donde ha de ir a buscarlo”. (1958:200). Continuando señalará que la feminidad en cuanto verdadera, siempre tiene algo de coartada y extraviada, lo que nos permite vislumbrar que para Lacan el falo no alcanza a dar cuenta de la feminidad.

El falo en la teoría psicoanalítica es una medida para ambos sexos. Sin embargo Lacan plantea algunas inquietudes que se pueden comprender desde el análisis de la conferencia de 1958 “La significación del falo” y del congreso de 1960 “Ideas directivas para un congreso sobre la sexualidad femenina”. El falo es ordenador de la relación entre los sexos de acuerdo a la dialéctica del ser y el tener. Al no ser ordenados por naturaleza entre hombre y mujer, los seres que ingresan al circuito del habla, del lenguaje, pudiendo así arreglársela mediante identificaciones esperables para cada sexo. Esto se dará al modo de una mascarada, como imposturas que permiten al sujeto ocupar el lugar de causa del deseo por el recurso a un semblante. El semblante transforma el ser en un parecer, lo que viene a sustituir al (no)tener, del lado de varón para protegerlo, del lado de la mujer para enmascarar la falta, lo cual “tiene como efecto de proyectar enteramente en la comedia las manifestaciones ideales o típicas del comportamiento de cada uno de los sexos” (Lacan, 1958:674).

En 1960, la indagación del significante falo como punto común entre los sexos, se devuelve al psicoanálisis en dos sentidos. Primero, Lacan establece la premisa de que todo lo que es analizable es sexual, abriendo la pregunta de si todo lo sexual es accesible al análisis. En este sentido se propone la posibilidad de que subsista en ello un resto que puede ser o no fundamental para comprender la sexualidad femenina. Una segunda interrogante acerca la feminidad se plantea respecto de la distinción entre inconsciente y prejuicio, incógnita formulada desde el plano de los efectos del significante falo. Para Lacan “el analista está tan expuesto como cualquier otro a un prejuicio sobre el sexo, fuera de lo que le descubre el inconsciente”. (Lacan, 1960:710).

Hacia el final del texto “ideas directivas”, se plantean otras incidencias sociales de la sexualidad femenina que son de nuestro interés. En primer lugar, por qué falta un mito analítico que refiera a la prohibición del incesto padre-hija. Otra pregunta se arroja sobre el orden del trabajo y sus incidencias, siendo la instancia social de la mujer que trasciende el orden del contrato, propio del trabajo entendido como productivo, remunerado y reconocido socialmente, y de cómo a la vez esta condición influye en la degradación del paternalismo en el matrimonio. (Lacan, 1960). A más de 50 años de estas mismas reflexiones, será importante también preguntarse respecto de los cambios socio-históricos

en las condiciones laborales-contractuales de las mujeres y su rol del cuidado en Chile, a la luz de investigaciones recientes en nuestro país (SERNAM, 2002). Algunos casos de mujeres no parecen alejarse de las descripciones sociales de la época en la que Freud y posteriormente Lacan realizaron sus aportes.

c) Convergencias entre psicoanálisis y feminismo teórico: efectos imaginarios y operación simbólica.

Los aportes a los procesos de sexuación y subjetividad en el contexto de la época donde el feminismo toma una relevancia social, es considerado para pensar el lugar social, histórico y cultural de las mujeres como problemática, en tanto que la división entre hombres y mujeres hace trascender su dimensión genital para establecer distinciones que generan desigualdad, asimetría de dominación y sometimiento hacia la mujer. Estas constataciones se desarrollaron desde algunas perspectivas feministas a la luz de la teoría psicoanalítica, cuestión que acá nominamos ampliamente bajo como *convergencias entre psicoanálisis y feminismo*. Resulta clave en este campo la teorización de Silvia Tubert, especialmente en sus publicaciones: “La sexualidad femenina y su construcción imaginaria”. (1988); “Deseo y representación: convergencias entre psicoanálisis y teoría feminista”. (2001). También se entrecruzarán aportes de las perspectivas críticas de Celia Amorós y Mabel Burin.

Las relaciones entre psicoanálisis y feminismo para Tubert (2001) comienzan por una condición compartida: ambos se han constituido más allá de la comprensión predominante del ser humano, operando culturalmente como formas de cuestionamiento a los saberes establecidos. En ambos la investigación se sitúa en la diferencia entre los sexos, manteniendo una relación doble con el pensamiento ilustrado al llevar a los límites sus propias premisas, cuestionando sus pretensiones ilusorias de igualdad, racionalidad y universalidad. En dicho sentido ambos saberes dan cuenta de la imposibilidad de la razón para abarcar la totalidad de las problemáticas del ser humano, en cuanto a la naturaleza, la subjetividad y la historia. La razón se revela así como mero dispositivo de control de los aspectos señalados. Por último, ambos confluyen en el reconocimiento de la construcción del sujeto femenino, lo que permite dar paso a la deconstrucción de las representaciones

tradicionalmente asignadas a la identidad femenina, en tanto productos de carácter ideológico, lo que ha permitido comprender la construcción simbólica, histórica y social de la mujer y la feminidad. Para Tubert (2001), hacer esta afirmación es posible precisamente en virtud de la articulación entre la teoría psicoanalítica y el feminismo teórico.

La construcción de carácter simbólica, histórica y social, preparó el camino para el advenimiento de la mujer en tanto sujeto que se asume como ser deseante, como sujeto colectivo con acción política, visibilizando su propia capacidad de transformar sus propias condiciones de existencia y posibilidad, ya que hay una más allá de dichas representaciones establecidas, que le habían otorgado predominantemente una posición de objeto.

Ahora bien, si se comprende la diferencia sexual desde una operación simbólica que se hace cuerpo en organismos anatómicamente distintos, a saber, macho y hembra, se reconoce el orden imaginario de sus representaciones, que la cultura eleva al nivel de verdades esencialistas y ahistóricas. Este ejercicio, lejos de ser un mero enunciado, produce efectos en la propia construcción, y por tanto, abre posibilidades para su modificación y apropiación de otros posibles devenires, en este caso de la feminidad. De estos aportes destaca la relevancia del orden simbólico en el que se inscribe la diferencia entre los sexos, específicamente de la feminidad y sus implicancias en la construcción de la subjetividad. (Tubert, 2001).

En el “Malestar de la Cultura”, Freud (1930) señaló que las normas restrictivas que se imponen en las sociedades son las que prefijan o predeterminan el modo en que los hombres y mujeres deben practicar su sexualidad. En este punto de su obra, Freud concibe esta función no sólo como el orden coercitivo de la presión social, sino a partir de la hipótesis del superyó, que incorpora la relación entre las influencias externas e internas en el control de las pulsiones. Respecto de esto se señala que la conciencia moral está a la base de la renuncia de las pulsiones impuesta en principio desde fuera, para luego ser incorporada a modo de conciencia moral en el sujeto, instancia que posteriormente exigirá nuevas renunciaciones. Su principal instrumento será la culpabilidad, cuyo origen se puede rastrear hasta los infantiles sentimientos ambivalentes hacia el padre, ambivalencia confinada al inconsciente.

La culpabilidad también encuentra otro camino expresando el antagonismo entre el amor y la pulsión de destrucción. Este conflicto intrapsíquico, central en el despliegue del Edipo, también opera de manera colectiva, en la medida que la cultura y su desarrollo se encuentran indisociablemente vinculadas al desarrollo creciente de la culpabilidad (Tubert, 2001). Con esta breve descripción de uno de los elementos freudianos, el superyó, se precisa la relación estrecha e indisociable entre producciones subjetivas y culturales, como un ir y venir en constante transformación e interdependientes, a su vez, del proceso socio-histórico.

Ahora bien, considerando el carácter socio-histórico en la producción cultural, el psicoanálisis mismo en su teorización se presenta como un problema: “no podemos atribuirle una validez ahistórica, si es capaz de explicarnos la constitución del sujeto y la organización simbólica de la diferencia sexual en el deseo de un sistema patriarcal como el nuestro, está limitado, al mismo tiempo, por la historicidad del universo simbólico en el que se inscribe” (Tubert, 1988: 12). En este sentido, si se postula un orden simbólico universal, ajeno a las contingencias históricas, se estará corriendo el riesgo de traspasar lo imaginario a lo simbólico y confundirlo con la contingencia del orden social dado, cualquiera sea éste, transformándolo así en una ideología. (Tubert, 1988)

Sin embargo es el psicoanálisis en su carácter científico, el que nos puede ayudar a comprender la problemática de la mujer, como se ha señalado, revelando el carácter simbólico de la diferencia sexual a través de sus efectos imaginarios. Tanto Freud como Lacan han logrado incorporar teorizaciones relevantes primero, por renunciar al carácter dogmático en sus obras, al reconocer en ellas la virtud de enunciados ni definitivos ni concluyentes, más bien contradictorios y oscuros, puesto que no hay respuesta para todo lo que se pregunta. El psicoanálisis juega su vitalidad y vigencia precisamente en la medida que permita seguir investigando.

Es fundamental considerar que respecto de la mujer, se aprecia en la teoría freudiana una conceptualización que no la reduce a un destino que no es puramente natural ni puramente social. Para Tubert, Freud en última instancia establece las bases para generar una comprensión posible de la feminidad, la que hallará su terreno más propio en la delimitación de la pura diferencia. El problema de algunas críticas a Freud es considerar la

diferencia como degradada al lugar de inferioridad acompañado eso de una reducción ideológica que sólo buscará negarla. Aquí Tubert despliega dos argumentos muy pertinentes a propósito del marco institucional público en el que se inscribe esta investigación. Subrayar las diferencias asignándoles determinados contenidos e interpretándolas en términos de superioridad e inferioridad y trasponer la exigencia de igualdad social y jurídica al plano teórico, supone ignorar la diferencia, proyectando en el otro la imagen de sí mismo e identificando los propios valores en general (1988). Esto anula desde y para el propio sujeto la consideración por su propia singularidad.

De acuerdo con Tubert (2001) toda sociedad patriarcal establece la división del trabajo entre hombre y mujeres, en la que la relación no es igualitaria ni simétrica, sino de dominación y sometimiento hacia el sexo femenino, articulando una construcción discursiva de categorías y símbolos que determinan a los sujetos y sus posiciones. Esto no sería suficiente para la comprensión de un sujeto sexuado y su complejidad, ya que este, a su vez, sostiene inconscientemente la misma estructura que lo ha construido y a su vez hace de límite ante nuevas posibilidades, desplegándola en sus actos, valores y creencias. Aunque estas manifestaciones remitan directa o indirectamente a la propia definición, la cuestión no se agota en los aspectos conscientes del yo de un sujeto. La irreductibilidad de la dimensión inconsciente se abre camino en síntomas, sueños, lapsus y otros actos o funciones fallidas.

Como resulta evidente a partir de lo anterior, el interés de algunos grupos de feministas por el psicoanálisis se explica por su poder para cuestionar el orden establecido como determinante natural. El despliegue del feminismo del siglo XX se centraba principalmente sobre el logro de la libertad sexual que permitiría a las mujeres distanciarse de la función asignada como reproductiva, la que aparecía como responsable de la discriminación en el ámbito público. En estos movimientos participaban fundamentalmente mujeres cultural y políticamente radicales con profesiones liberales, muy diferentes a las tradicionalmente asignadas. Esta relación entre psicoanálisis y feminismo no es estática ni lineal, de los psicoanálisis y los feminismos nos reservaremos en este trabajo solo señalar la complejidad propia que subyace a la teoría en constante construcción deviniendo encuentros y desencuentros entre estas en el transcurso de la historia.

La posición que se asumirá en esta investigación es aquella que permite el diálogo entre psicoanálisis y teoría feminista, que considera la construcción de las feminidades y que se aleja de los feminismos que siguen considerando la sexualidad femenina como una naturaleza en sí misma, o como una identidad femenina a reivindicar.

Entonces, el planteamiento de esta investigación es que a partir de la indiferenciación sexual infantil, que Freud denomina bisexualidad psicológica de ambos sexos, los individuos no nacen sexuados sino que devienen a través de su historia vital, donde lo único definido es el sexo anatómico en el momento de su nacimiento. La cuestión se dirime en el devenir subjetivo de una posición sexuada y la asunción de una identidad sexual producto de las identificaciones y de la internalización de los ideales culturales, los que a su vez se hallan determinados desde la propia relación inconsciente a las determinaciones de dichos ideales (Tubert, 2001). Es decir, que no bastará con explicitar el simple hecho de la subordinación del sexo femenino desde el orden social, como lo han denominado algunas posturas feministas, tendencia que se reproduce desde las políticas públicas cuando intentan incorporar la perspectiva de género sin considerar que la construcción de la identidad sexual es en cada sujeto singular e inconsciente.

En el texto “Hacia una crítica de la razón patriarcal” Celia Amoros, nos plantea la precaución de no hacer equivalente la conceptualización del inconsciente en las cuestiones referentes a la identificación de la mujer con el discurso del deprimido. Este sería más bien el discurso del otro, señalando que “se produce un vacío teórico en lo que respecta a la comprensión de los mecanismos profundos que hacen posible la identificación del sexo deprimido con su propia alienación, del hecho, que del ser para otro, definido desde el otro, se haya convertido en un destino protagonizado por la mitad de la especie humana” (1991:59). En este punto Amoros, destaca las contribuciones de Freud en tanto descriptivas y no normativas de como la mujer vive su feminidad en la medida en que esta forma se constituye y expresa en el discurso inconsciente.

Sin embargo, una de las dificultades de este intento de articulación entre ambas teorías, feminista y psicoanálisis, es que este último describe procesos psíquicos inconscientes y sus efectos, cuidando de no formular normas y modelos, lo que se traduce evidentemente en el plano clínico durante el análisis. El analista, al mantener la neutralidad

ética, hace girar su función sobre el interpretar y no el juzgar, lo que sin embargo no deja de ser un cierto ideal de análisis. El feminismo en cambio, fundado en un movimiento político, es derechamente prescriptivo y valorativo (Amoros, 1991).

Para finalizar este apartado se expondrán aquellas cuestiones referentes a las implicaciones de la ilusión de la esencia en el orden simbólico y sus efectos imaginarios. Señalemos primero que la concepción del Edipo, en su articulación con el complejo de castración, se ubica en el plano antropológico como el elemento fundante del tabú del incesto, lo que le otorgaría su dimensión estructural y no sólo mítica. Así, el Edipo supone la existencia de dos requisitos básicos para la constitución de la subjetividad: un sistema de parentescos basados en la prohibición y un orden simbólico (el lenguaje) que constituye la condición y el soporte del inconsciente, orden simbólico que también permitirá la operatividad de los sistemas de parentesco.

Se desprende que sería el orden simbólico el que establece la diferencia entre los sexos para el ser humano. Esta diferencia, en tanto simbólica, es asumida por un sujeto histórico encarnado en un cuerpo sexuado, con diferencias entre estos cuerpos y los efectos imaginarios que producen. Esos efectos imaginarios estarán marcados a su vez por ideologías. Por ejemplo, la identidad, “que cumple una función defensiva frente a la angustia que produce la indeterminación de la pulsión sexual y la multiplicidad de posibilidades que entraña su polimorfismo”. (Tubert, 2001: 129). El supuesto de que existe un sujeto femenino concordante con una anatomía sexual, cae así en un esencialismo biológico, afirmando que la mujer tendría una existencia apriori y una naturaleza auténtica encubierta por los modelos culturales que se le sobreimponen.

Otra ilusión imaginaria propia del esencialismo psicológico, postulará una feminidad auténtica, una identidad psíquica dada y deformada por la socialización dejando de considerar de este modo que la imagen que tenemos de nosotros mismos es una representación narcisista del yo, modelada por la función del ideal del yo que la cultura direcciona para cada sexo y mediatizada por los sujetos que deseamos o con los cuales nos identificamos (Tubert, 2001).

Por último, en esta investigación la posición respecto a la diferencia sexual; mujer /hombre o femenino/masculino, se enmarca en la definición de Tubert (1998) que comienza

por establecer que “masculino” y “femenino” no son sinónimos de “hombre” y “mujer” respectivamente. Hombres y mujeres serán consideradas como entidades empíricas en un sentido dialéctico, como seres diferenciados por sus caracteres sexuales anatómicas; por otra parte, como grupos socialmente diferenciados a los que se les asigna y se espera el desempeño de determinados roles (género). Se considerará aquí una delimitación distintiva con lo masculino y lo femenino, que no tienen una existencia empírica “natural” sino que corresponde a creaciones culturales ofrecidas o impuestas a los sujetos como modelos ideales que, a su vez, se incorporan a los individuos particulares bajo la forma de un ideal del yo.

d) Maternidad femenina: entre ideal y deseo

Se especificaran los aportes de S. Tubert a la discusión de la construcción de la maternidad para profundizar en aquellos aspectos de la investigación que impactan en las identificaciones de las mujeres como grupo.

Según Tubert (2001) para las feministas el concepto de poder incluye las relaciones asimétricas entre los sexos. La dominación masculina existe en cualquier sistema en el que los hombres como grupo oprimen a las mujeres como grupo, aun cuando existan jerarquías entre los hombres y entre las mujeres. La cuestión de la feminidad, el sexo y el otro, están a su vez influenciadas por estas determinaciones de los grupos. En nuestra sociedad dicha opresión opera desde el grupo hombre hacia el grupo mujer, relación que se invisibiliza de distintas maneras en la sociedad. Una de las formas preeminentes en las que se invisibiliza la jerarquía del poder entre los grupos, es la imposición de lo natural como aquello que define las posiciones de hombres y mujeres, sin considerar su condición históricamente producida.

Tubert se ocupó de desarrollar un pensamiento crítico en torno a la maternidad y las consecuencias de asumir significados simbólicos que otorgamos a nuestro cuerpo e influirán en nuestra identidad y dignidad. Nuestras identidades, nuestros yo-es, están “contenidos” en nuestros cuerpos. De ahí que la preservación, privacidad y todo lo que hacemos con nuestros cuerpos será un indicador determinante de la libertad y el respeto que la sociedad otorga a sus sujetos. El cuerpo no es sólo una representación anatómica, otros

registros se entranan en estas representaciones, como el soporte narcisista y la encarnación simbólica del sujeto deseante, registros fundamentales en la construcción de subjetividad (2001).

La diferencia anatómica, es producida e interpretada en una trama socio-histórica y simbólica, siendo el terreno donde los sujetos establecemos la diferencia entre el “yo” y “la alteridad”. De este modo, en el deslizamiento apreciable en la historia de la comprensión del sexo, desde las instancias biológicas hacia un espacio delimitado por la cultura, abre el espacio para la noción de género como ordenamiento de las representaciones que actuarán sobre la elección de objeto y la identidad de género.

Así operara el sistema de creencias relativo a la diferencia sexual anatómica, el que al ser interiorizado por los sujetos sustentará a su vez las relaciones de poder entre los sexos, determinando en un sentido más específico la posición maternal para las mujeres. El sujeto actuará no sólo por la herencia genética sino por transmisión en la cultura, lo cual a su vez nos posibilita la individuación en la combinación que será simbólica del deseo. El cuerpo sexuado será politizado ya que fundamenta las afirmaciones normativas sobre el orden social. La diferencia sexual anatómica, se convierte en lo diferencial de las prácticas culturales que producen y reproducen los cuerpos.

La diferencia sexual marca un destino diferencial que está determinado por la significación que el patriarcado le impone. Se puede entender este orden social a su vez como una estrategia de reproducción de la especie, pero también y fundamentalmente, como la instalación de relaciones de poder asimétricas que en los procesos históricos delimitan las acciones y posibilidades personales de acuerdo a la respectiva posición sexual. Lo más relevante desde esta perspectiva es que las posiciones favorecen la legitimación y jerarquía social del género, incidiendo en las condiciones de posibilidad subjetiva, influyendo sobre los distintos estatutos a los que puede acceder cada sujeto, incidiendo en planos tan diversos y relevantes como la ciudadanía, la individuación, el saber, el acceso a los recursos y la autonomía.

Aunque la diferencia anatómica se convierte en desigualdad e inferioridad, dicha diferencia en sí misma no contiene ningún tipo de valoración. Es el sistema patriarcal el que introduce desde ella la distinción entre las lógicas de producción y reproducción, la lógica

de la complementariedad y también la lógica de la división sexual del trabajo. Al ser valoradas de este modo por el sistema patriarcal, las diferencias naturalizadas justifican la discriminación en el plano social.

Los cuerpos, entendidos sobre este entramado que vamos señalando, estarán sujetos a un sistema generalizado, es decir, a un deber ser. Además se fundamenta lo que con ese cuerpo se debe hacer en las relaciones con los otros. Este proceso es la sexualización, es decir, un cuerpo sexuado sometido a las condiciones socio-históricas, es a la vez producto y productor de sentido. Aunque estos procesos a su vez determinan la individuación sexual femenina y masculina hegemónicamente, las formas que tomara en cada sujeto son variadas. De este modo tenemos la siguiente ecuación: en la subjetividad estará contenida la simbolización inconsciente de la diferencia sexual anatómica. Silvia Tubert especificará:

”La producción simbólica que (...) forma parte importante de la teorización feminista, así como del psicoanálisis teórico y clínico, requiere sostener la diferencia lingüística entre sujeto del enunciado y sujeto de la enunciación: el cuestionamiento de los enunciados sobre la mujer y la feminidad supone colocarla en el lugar del sujeto de la enunciación, que no queda nunca definido del todo, puesto que siempre se puede –y se debe– seguir hablando. Esto significa que es necesario salir de la cárcel de los significados construidos para abrir el discurso a la dimensión de la significancia; no aceptar el sentido fijo que se convierte necesariamente en sentido religioso –como en el caso del eterno femenino– sino poner el acento en la interminable búsqueda del sentido: qué significa ser mujer, cuáles son los deseos del sujeto femenino, tanto en lo que concierne a la pluralidad y diversidad de los casos singulares como a la producción de lo imaginario colectivo” (2001:123).

Esta perspectiva nos invita a rechazar de antemano cualquier concepción que otorgue a la mujer una condición natural radicalmente diferente del hombre (Tubert, 1993). La autora señala que en la mayoría de las culturas que operan en el marco del sistema

patriarcal, se iguala la feminidad con la maternidad, por su mera posibilidad biológica. La capacidad reproductiva se instala a modo de un deber ser. La finalidad de esta operación será el control de la sexualidad y la fecundidad, lo que se expresa en un conjunto de estrategias y prácticas culturales. Al definir a la feminidad como maternidad, la mujer misma es invisibilizada y la madre ocupa el lugar ideal que permite el acceso a la supuesta condición de mujer (Tubert, 1996).

La maternidad es una construcción de gran complejidad, relacionándose con un conjunto amplio de acciones culturales. La función materna, está delimitada por un conjunto de prácticas socio-históricas, como la división sexual del trabajo en el sistema patriarcal, establece que las mujeres además de la concepción, gestación, parto y lactancia, se ocupen casi en exclusiva de la crianza de los niños, esto además no es reconocido en el ámbito del trabajo formal.

La construcción histórica que hace equivalente la maternidad con la reproducción de la especie reduciendo la existencia femenina, es una formulación que para Tubert (1996) tiene dos falacias: por una parte, la categorización de la propia cultura a la maternidad no se agota definitivamente en la categoría mujer; por otra parte, la maternidad no es la totalidad de la reproducción, ya que la reproducción en cuanto a la fecundidad requerirá también de la intervención del principio biológico masculino.

Entonces la fusión entre maternidad y mujer se representan en el orden simbólico social como el efecto directo de la maternidad biológica sobre el cuerpo de la mujer. La operación simbólica asigna una significación a la dimensión maternal de la feminidad. Por este motivo, ellas mismas son también portadoras y productoras de ese sentido. Estas representaciones, que juegan un rol fundamental en el imaginario social, tienen un poder reductor en el deseo de las mujeres, ya que las posibilidades y devenir de sus deseos quedan sustituidos por el deseo de tener un hijo, además de tener un poder unificador, ya que la identificación a la maternidad crea una identidad que tiende a homogenizar a todas las mujeres, potenciando la ilusión de una esencia desde la que emana un sentido dado por naturaleza.

El deseo de tener un hijo es, sin embargo, una construcción histórica en la vida de un sujeto, basada en las representaciones que las figuras parentales portan sobre la

feminidad y que son transmitidas durante la infancia a la mujer, tanto en la triangulación edípica como en la identificación especular con la madre. El hijo representa aquello que puede completar a la mujer, en la producción de la cultura que fundamenta sujetos unificados que aspiran a la plenitud. Desde el punto de vista psíquico esto representa una paradoja, ya que es imposible no carecer de algo.

En “Figuras de la madre” Tubert (1996:10) señala que “frente al ideal de plenitud y perfección originado en el narcisismo infantil, para el que el propio yo es un yo ideal, el reconocimiento de la falta impuesto por el yo real conduce al sujeto a anhelar aquello de lo que se carece, es decir, lo lleva a configurarse como un sujeto deseante. Al mismo tiempo, lo lleva a asumir como propios los ideales que la cultura propone como respuesta a los interrogantes que lo acucian: ¿Quién soy? ¿Qué significa ser una mujer? ¿Qué desea una mujer (o un hombre)?”

El ideal de la maternidad como ideal común para todas las mujeres cierra la posibilidad de las diferencias individuales, genera la ilusión de una identidad de completitud que nos permite una seguridad antes las incertidumbres y angustias. Esta función a su vez aliena al sujeto en la medida que no se posibilitan preguntas respecto de sí y del propio deseo, en la medida que anula la carencia fundamental que hace posible la emergencia de este (Tubert, 1998b). A su vez, la identificación de la maternidad a la cuestión puramente biológica, no repara en el lazo social, ni los aspectos que culturalmente hacen emerger a un nuevo ser humano.

La maternidad es construida como una función natural y necesaria para el orden social y contingente al sistema patriarcal, esta construcción de la maternidad cargada de representaciones simbólicas y dicotómicas como aquellas que representan la maternidad como un misterio, lo impensable y lo irracional; pero también lo defensivo que puede cuidar, proteger y realizar el deseo de aquellos que cuidan. Ambas dimensiones de la representación de la mujer ocultan la sujeción del cuerpo femenino a su materialidad y finitud (Tubert, 1993).

Pero también se puede caer en la reducción contraria, denegando que maternidad y feminidad no son categorías separables de un modo llano. Es preciso reconocer que lo que ocurre en el cuerpo de la mujer durante en la gestación no es voluntario. En otras palabras,

no se puede negar que la gestación requiere asumir una cierta pasividad del cuerpo femenino. La autonomía del sujeto femenino se ve limitada por este evento que no es sólo biológico, sino también plagado de significaciones socialmente construidas (Tubert, 1996). Dicha pasividad y sus alcances serán mediatizadas por estas instancias históricamente condicionadas.

Aunque el deseo de un hijo se presente al modo de una elección consciente, relacionada con los ideales sociales y familiares de cada sujeto, siempre estará mediado por las significaciones inconscientes previas al nacimiento del hijo, el que a la vez será portador de dichas representaciones, repetitivas e inconscientes, que traducen las formas particulares en las que la diferencia sexual le fueron transmitidas a cada sujeto. Así, el nacimiento del niño es, el mejor de los casos, dará lugar a una nueva forma de organización, como señala Tubert (1996:12): “una nueva organización que produce ruptura en la repetición al articular de una manera única las determinaciones de su origen: el niño real nunca coincide con el niño imaginario del deseo absoluto de la madre, destinado a colmarla completamente”. En la maternidad se juegan distintos deseos inconscientes que se relacionan estrechamente con la relación que se tendrá con el niño, e incluso puede influir sobre situaciones en apariencia determinadas biológicamente, como la concepción imprevista o la imposibilidad de concebir.

Lo relevante no es encontrar una conclusión unívoca respecto a la relación entre lo femenino y maternidad, sino más bien posicionar la complejidad de esta relación, que no puede ser abordada desde una sola disciplina. Por lo tanto, las figuras de la madre deben comprenderse como representantes del deseo inconsciente y su inserción en el entretreído de las relaciones de parentesco, situadas asimismo en el marco de un contexto socio-histórico determinado por el sistema patriarcal.

En este apartado se han empleado diferentes términos referidos a la mujer, los que quizás convenga enunciar de manera más explícita. Se distinguen así la realidad anatómica del cuerpo femenino; la realidad social que define y opera sobre las mujeres tomadas como un conjunto; y también la mujer como signo de la diferencia de los sexos.

La noción de sexualidad femenina alude, en cambio, a la posición del sujeto sexuado femenino con respecto al advenimiento de su propio deseo. De este modo se puede definir la feminidad como un lugar en el inconsciente y la cultura se entrecruzan.

Para el psicoanálisis el estudio del devenir de la feminidad debe realizarse a partir del cruce que supone la función sexual de la mujer y las exigencias de la cultura. Es de este modo que la mujer, en tanto sujeto humano que asume una posición sexuada y estructura en cuanto tal su deseo, se convierte en una realidad que se distingue del individuo que anatómicamente se define como mujer.

De este modo vamos arribando a conceptualizaciones complejas de mujer y feminidad (Tubert, 1998a). El concepto de mujer no puede separarse de los símbolos estructurantes de la feminidad encarnados por signos e imágenes culturales de los que la misma teoría no se encuentra exenta. La diferencia sexual anatómica, en tanto simbólica y productora de múltiples efectos imaginarios en los sujetos hablantes, vuelve problemática la noción de realidad del propio cuerpo, comprendido desde su relación con el contexto socio-histórico que le es propio. Los efectos imaginarios se traducen tanto en la emergencia de la identidad femenina como en las definiciones teóricas construidas imaginariamente en un orden androcéntrico. Toda reflexión sobre la construcción de la feminidad ha de articularse con el malestar en la cultura.

Retomando la cuestión de la identidad femenina y su relación con la maternidad, Tubert (1993:70) señala que “la maternidad supone, como hemos visto, un proceso de sublimación: lejos de ser la realización directa de un instinto biológico, es el resultado de una larga y compleja historia, a través de la cual la niña se desprende de la unidad narcisista que formaba con su madre al comienzo de su vida, para reconocerse como sujeto de su propio deseo. El problema radica en que, en una cultura patriarcal, no hay otro ideal para la feminidad fuera de su identificación con la maternidad. La pecadora Eva sólo puede ser redimida por María, símbolo de la maternidad asexuada”.

Por último, la propuesta para repensar la complejidad de la mujer y la feminidad, debe incorporar una constante reinterpretación y resignificación del sujeto femenino, considerando la historia, siendo capaz de sostener sin ontologizar la dimensión de la alteridad. Esto es relevante en tres sentidos: la diferencia de los sexos, la diversidad entre

las propias mujeres, y la alteridad que cada personalidad singular instala. Este reconocimiento de la diferencia y sus dimensiones abre la posibilidad de la incertidumbre, el conflicto y la contradicción, tanto en el plano subjetivo como conceptual o investigativo.

2. Aportes clínicos de la teoría psicoanalítica

a) Resistencias (a la cura)

Considerando que nuestro objeto de estudio son las trayectorias de enfermedad mental de mujeres que por distintos motivos refieren la mantención de su sufrimiento, se ha optado por abrir la discusión desde los aportes clínicos de Freud en sus conceptualizaciones de las resistencias, destacando los modos de resistencia a la cura que en estos sujetos se suelen encontrar. Como señala el mismo Freud, especialmente cuando se trata de casos “algo serios”, el yo se niega a renunciar a sus designios y permanece en su resistencia (1937).

La resistencia es un acto específico y propio del sujeto analizado. Esto implica que en el tratamiento analítico no se logrará avanzar sobre las resistencias si estas son elucidadas y/o explicitadas únicamente desde el analista: “El mecanismo de nuestra terapia es fácil de comprender; proporcionamos al enfermo la representación-expectativa consciente por semejanza con la cual descubrirá en sí mismo la representación inconsciente reprimida. He ahí el auxilio intelectual que le facilita superar las resistencias entre consciente e inconsciente”. (Freud, 1910:135).

Es fácil dejarse seducir en los contextos actuales por las prescripciones de rapidez y “efectividad” para los tratamientos. En muchas ocasiones pareciera que el analista (o el terapeuta) al dilucidar la conflictiva psíquica del paciente, traduce dicha intelección en interpretaciones o formas de intervención que se imponen a los analizantes al modo de consejos o indicaciones. La noción psicoanalítica de resistencia durante el tratamiento, entendida como el principal escollo que suele jugarse en el plano transferencial, pero cuya elaboración produce al mismo tiempo avances cruciales en la cura, introduce una diferencia decisiva entre el análisis y cualquier forma de tratamiento basado en la pura sugestión.

En “Más Allá del Principio del Placer” (1920), Freud señala que las primeras concepciones del psicoanálisis en lo central lo definían como un arte interpretativa basado

en la comunicación del analista a los enfermos acerca de la dimensión latente en sus propias expresiones verbales. Las experiencias que el mismo Freud empezó a acumular mostraron que esta fórmula no resuelve la tarea terapéutica. El centro de gravedad parece estar más del lado de las construcciones que el propio enfermo corroborará en la narración de su historia. Dicha tarea se verá tensionada por las resistencias que el propio sujeto va oponiendo al curso de la cura. Será menester descubrirlas a la brevedad, mostrárselas y por influencia (sugestión) movilizar al enfermo a que las resignase. Pero se hizo evidente que hacer consciente lo inconsciente tampoco se alcanzaba por esta vía en todos los casos. El inconsciente no otorga resistencia a la cura, sino que esta proviene de los mismos sustratos y sistemas superiores de la vida psíquica que en su momento instalaron la represión.

En “Sobre el psicoanálisis “silvestre””, Freud (1910b) plantea la superación de la idea que el enfermo sufre a consecuencia de una ignorancia, lo que implicaría que toda vez que le comuniquemos el origen de su enfermedad, este mejoraría. Muy distinto es lo que ocurre, ya que el factor patógeno no tiene una relación directa con las supuestas faltas de recuerdo. Este parece vincularse más estrechamente con las resistencias de las cuales esta ignorancia dependería, siendo el origen y mantención del sufrimiento psíquico. La labor del análisis se centra en abordar estas resistencias.

Deben confluír dos condiciones para comunicar al paciente lo que ignora por estar ahora reprimido, además de la temporalidad singular que en cada caso va orientando la pertinencia y efectividad que cada interpretación tendrá a posteriori. Estas condiciones son: primero, que la propia persona enferma haya preparado el terreno para la interpretación, aproximándose por sí mismo al material reprimido; y segundo, que la transferencia con el analista sea la propicia en tanto vínculo afectivo (Freud, 1910c). Solo el cumplimiento de estas dos condiciones hará posible descubrir y dominar las resistencias.

En la segunda tónica, Freud hace recaer el acento de las resistencias en el aspecto defensivo, operación ejercida por el yo: “El inconsciente, vale decir lo reprimido, no ofrece resistencia alguna a los esfuerzos de la cura; y aun no aspira a otra cosa que irrumpir hasta la conciencia – a despecho de la presión que lo oprime – o hasta la descarga – por medio de la acción real” (Freud, 1920:19). Esta dimensión defensiva del yo que se despliega en la cura corresponde a la actualización de mecanismos de defensa que se han opuesto a

antiguos peligros, ya que la misma curación es considerada por el yo como un nuevo peligro (Freud, 1937:237-238).

Freud distingue, en “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1926a), cinco formas de resistencia, de las cuales tres provienen del yo. En primer lugar está la resistencia “de represión”, el esfuerzo duradero y constante que permite que la pulsión se mantenga reprimida. Es ella la que permite que la represión mantenga su eficacia a lo largo del tiempo: “Así, la naturaleza continuada de la pulsión exige al yo asegurar su acción defensiva mediante un gasto permanente. Esta acción en resguardo de la represión es lo que en el empeño terapéutico registramos como resistencia” (Freud, 1926a:147).

En segundo lugar está la resistencia “de transferencia”, de origen similar a la anterior, aunque Freud puntualiza que en análisis, se consigue establecer un vínculo con la situación analítica, animando a una represión como si fuese actual (fresca) en lugar de ser solamente recordada. En este sentido, la transferencia se considerará como una resistencia, en tanto el recuerdo verbalizado se reemplaza por la repetición actuada. Es importante señalar que la resistencia utiliza la transferencia, pero no la constituye. Para finalizar la descripción de esta resistencia, la transferencia cumplirá también una función de tapón sobre las asociaciones. El análisis se hace gracias a la transferencia pero también a pesar de ella.

Por último, está la resistencia “yoica”, que es de diversa naturaleza y partiría con la ganancia secundaria de la enfermedad. Se fundamenta en la integración del síntoma en el yo, reforzando la fijación del síntoma. “Cuando prestamos atención al yo en su lucha contra el síntoma, nos encontramos con que estas ligazones de reconciliación entre yo y el síntoma actúan en el bando de las resistencias” (Freud, 1926a:95).

El proceso responde al “principio del placer” y tiende a obtener un beneficio en la economía psíquica, disminuyendo la tensión. Este beneficio se evidencia por la resistencia del sujeto a la cura, resistencia que se opone al deseo consciente de curarse. El beneficio primario de la enfermedad va ligado al propio determinismo de los síntomas, en el que Freud distingue dos aspectos: el interno del beneficio primario, que consiste en la reducción de tensión que procura el síntoma, y que, por doloroso que sea, tiene por finalidad evitar al sujeto conflictos a veces más penosos, llevando a una “huida en la enfermedad”. El

segundo aspecto es la parte externa del beneficio primario, que estaría ligada a las modificaciones que el síntoma aporta en las relaciones interpersonales del sujeto. El “beneficio secundario de la enfermedad” se distingue del anterior por su aparición posterior, como ganancia suplementaria obtenida por el sujeto a partir de una enfermedad ya constituida.

Más allá de la instancia yoica, Freud (1926a) también introduce la idea de una resistencia “del inconsciente o del ello”. Ella es la responsable de la reelaboración, para el yo resulta difícil atender a las representaciones que ha evitado con esfuerzo y han constituido el fundamento de su conducta, o exigir al yo reconocer como propio impulsos opuestos a los familiares conscientemente.

De aquí también se desprende la compulsión a la repetición, central en el texto de “Más allá del principio del placer” (1920). Pese a que este es un concepto de muy compleja delimitación y que requiere por ende de interrogantes y redefiniciones, se considerará en este apartado por ser un elemento observable en la clínica que será de relevancia para el análisis de las trayectorias. Sucintamente, el “más allá del principio del placer” remite a aquellas situaciones en las que el sujeto repite experiencias que le han sido displacenteras. Esto lleva a señalar que lo que es displacentero para un sistema del aparato psíquico podría no serlo para otro, e incluso placentero para este.

Para Freud, esta nueva concepción de la resistencia supone la persistencia de un residuo de difícil comprensión y elaboración. Considerando que la repetición es sobre aquellos elementos displacenteros, e incluso dolorosos, la discusión que versa sobre esta motivación remite a la pulsión de muerte y sus efectos, a menudo traducida en los intentos del yo por fraccionar la tensión excesiva y así poder contralarla. (Laplanche, 2001). En otro sentido, estos fenómenos dan cuenta de una tendencia originaria en el sujeto, que lo orienta hacia la vuelta a un estado inorgánico.

b) Identificación, yo e ideal del yo

En la segunda tópica, Freud (1923b) retoma la premisa básica del psicoanálisis, la diferenciación entre consciente e inconsciente, pero precisando que “ser consciente” es una expresión puramente descriptiva, que invoca una percepción inmediata y que no suele ser

consciente de manera duradera. Por inconsciente se considerarán en procesos anímicos o representaciones muy intensas, las que no pueden ser conscientes porque hay una fuerza que se resiste a ello. Esta fuerza es la represión (esfuerzo de desalojo). Por lo tanto, lo reprimido y las resistencias que actualizan su operación constituyen el modelo del inconsciente.

Consciente e inconsciente no bastan para definir la representación de una organización coherente en una persona, denominada su “yo”. De este “yo” depende la conciencia y las descargas de este a las excitaciones del mundo exterior. La tarea analítica sería cancelar las resistencias que el “yo” exterioriza para ocuparse del material reprimido. “Entonces hacemos en el análisis estas observaciones: el enfermo experimenta dificultades cuando le planteamos ciertas tareas; sus asociaciones fallan cuando debieran aproximarse a lo reprimido” (Freud, 1923b:19). Las resistencias se presentan bajo la forma del acto, sin que el enfermo logre nombrarlas o indicarlas. En este sentido es que se delimita la dimensión inconsciente propia del “yo”. Esto obliga a considerar en el proceso analítico la oposición entre el yo coherente y lo reprimido escindido de él.

Para efectos de esta investigación es preciso profundizar en las nociones de yo, y superyó -ideal del yo- (Freud, 1923b). En el interior del yo se constituye una diferenciación que ha de llamarse ideal del yo o superyó, siendo este, un aspecto del yo que mantiene una relación menos estable con la conciencia.

Respecto de los orígenes de esta instancia, es preciso señalar que al inicio de todo, en la fase primitiva oral, no es posible distinguir entre investidura de objeto e identificación, no distinguiéndose las aspiraciones eróticas de las mociones de autoconservación. El yo, aún no muy fortalecido, aprueba o rechaza mediante la represión las investiduras de las que va tomando noticia. Por tanto, si un objeto sexual debe ser resignado, porque parece que debe serle o no tiene otro remedio, a cambio puede sobrevenir una alteración en el yo, deviniendo la elevación de ese objeto en el mismo yo.

Freud sostiene que “mediante esta introyección, que es una suerte de regresión al mecanismo de la fase oral, facilite o posibilite la resignación del objeto. Quizás esta identificación sea en general la condición bajo la cual el ello resigna sus objetos” (Freud, 1923b:31). El carácter del yo contendría entonces la historia de estas resignaciones de

objetos en las etapas tempranas. Se debe considerar una escala en la capacidad de resistencia, en el sentido antes señalado, como la capacidad por parte del yo de aprobar o rechazar, defenderse de estos objetos. También es necesario considerar la relación simultánea entre investidura de objeto e identificación, es decir, que se presenta una alteración del yo antes que el objeto haya sido resignado. Para Freud, “esta alteración podría perdurar al vínculo de objeto y conservarla en cierta medida” (1923:32).

Por otra parte, lo que permitiría al yo dominar al ello, sería la trasposición de una elección sexual del objeto a la alteración del carácter del yo. Así se profundizarían los vínculos del ideal del yo con el ello, lo que trae como consecuencia la docilidad del yo frente a las exigencias del ello, ahora tramitadas por la vía del superyó. También puede ser que el yo tome los rasgos del objeto, imponiéndose el mismo al ello como objeto de amor, para así reparar su pérdida.

La trasposición que se cumple de alguna de estas formas, será desde la libido de objeto hacia la libido narcisista, lo que implica necesariamente la resignación de las metas sexuales, y a su vez, una desexualización y, por tanto una suerte de sublimación. La separación entre el yo y el ello deja al ello como el gran reservorio de libido, en el sentido que esta libido afluye al yo a través de las identificaciones. “Al principio toda libido está acumulada en el ello, en tanto el yo se encuentra todavía en proceso de formación o es endeble” (Freud, 1923b:47). El ello enviará una parte de esta libido a las investiduras de objeto, que el yo puede tomar cuando se encuentre más fortalecido. Así el yo se puede imponer al ello como objeto de amor (narcisismo secundario), gracias a la sustracción de la libido de los objetos que el yo invistió previamente.

Respecto de las identificaciones-objeto del yo y sus incidencias, al ser muy predominantes, numerosas e hiperintensas, e inconciliables entre sí, configuran una conjunción que representa el riesgo de un posible resultado patológico, que Freud pone en términos de la fragmentación del yo producida por las resistencias que las distintas identificaciones y los posibles conflictos entre ellas introducen en la personalidad psíquica. Freud en este punto se refiere a un problema en la clínica de la llamada “personalidad múltiple” (Freud, 1923b:32), señalando que las identificaciones singulares, fragmentadas por las resistencias del yo, se atraen hacia la conciencia de forma alternante. Aunque no se

llegue a este extremo cuasi literario, la cuestión de los conflictos y resistencias que la diversidad de identificaciones despierta en el sujeto, es una invitación a considerar que no existe unificación plena al interior del yo.

Como quiera que se plasmen posteriormente las resistencias del carácter del yo, los efectos de las primeras identificaciones, aquellas que se producen en la edad más temprana, serán universales y duraderos. Esto nos dirige al origen del ideal del yo, la identificación primaria, que para Freud corresponde a la identificación con el padre. En una nota al pie de página de “El yo y el ello”, (1923b:33), Freud asevera que “quizá sería prudente decir –con los progenitores-, pues padre y madre no se valoran como diferentes antes de tener noticia cierta sobre la diferencia de los sexos, la falta de pene...”. Más adelante en el mismo escrito, Freud refiere que “en aras de una mayor simplicidad expositiva, sólo trataré la identificación con el padre”, simplificación que a fin de cuentas, también denota una nueva dificultad para integrar a la mujer en la teoría, puesto que la relación pre-edípica entre la niña y la madre con sus posibles alcances identificatorios, carece de elaboración propia.

Para Freud, la identificación con el padre, es directa e inmediata (no mediada), es más temprana que cualquier investidura de objeto. Luego, las elecciones de objeto de los primeros periodos sexuales, que involucran a la madre y al padre, aparecen si se cumple tal identificación, siendo investiduras que eventualmente reforzarán la misma relación primaria.

La complejidad de estos procesos radicará pues en dos factores, la disposición triangular de la constelación del Edipo y la bisexualidad constitucional de cada individuo. Freud sintetizará en este texto, respecto al caso del niño varón, que en la época temprana, desarrolla una investidura hacia la madre, cuyo punto de inicio es el pecho materno, el ejemplo arquetípico del tipo de elección de objeto por apuntalamiento, investidura erótica que se orienta por aquellos objetos que han garantizado la conservación de la vida. Aunque no existe en la práctica un tipo de elección que siga de manera “pura” un modelo determinado, su definición permite establecer distinciones con las formas de elección narcisistas, que corresponden a aquellas que se relacionan con el propio yo y sus ideales tomados como modelos del objeto de elección amorosa.

Continuando con el devenir edípico en la teoría de Freud, al tiempo que sostiene la aspiración de poseer a la madre como objeto, el varón se apoderaría también del padre, pero por vía de la identificación. Ambos vínculos funcionarían en paralelo por un tiempo, hasta que por el deseo sexual hacia la madre, el padre es visto como un obstáculo, originándose así el complejo de Edipo. En este punto la identificación con el padre tomaría una tonalidad hostil, siendo el deseo del niño eliminar al padre para poseer libremente a la madre, y reemplazando al padre en su lugar. La forma de vínculo descrita tanto con la madre y padre en este punto, define el Edipo positivo simple, positivo.

Con respecto al papel de la identificación en el complejo de Edipo del niño, Freud señala que el sepultamiento del conflicto supone que “tiene que ser resignada la investidura de objeto de la madre. Puede tener dos diversos reemplazos: o bien, una identificación con la madre, o un refuerzo de la identificación-padre (Freud, 1923b:34).

En la niña, donde se abandona la idea de analogía con el niño, como ya hemos visto en el capítulo I, “se puede desembocar en un refuerzo de identificación-madre (o en el establecimiento de esa significación) que afirme su carácter femenino” (Freud, 1923b:34). Puede ocurrir que la niña también renuncie al objeto de amor, el padre, retomando y reforzando su masculinidad, identificándose esta vez al padre. Todo esto va a depender para Freud de la intensidad de sus disposiciones masculinas.

La intensidad relativa de las dos disposiciones sexuales, en ambos sexos, sería una de las formas por las que la bisexualidad originaria puede intervenir en el complejo de Edipo. La otra forma se manifiesta en el Edipo completo, positivo y negativo, es decir que el niño varón no sólo posee una disposición ambivalente hacia el padre y tierna hacia la madre, sino que a la vez, y tal como la niña, también tendría una disposición femenina tierna hacia el padre y su correspondiente actitud hostil a la madre. La disposición originaria de la (bi)sexualidad impide dilucidar con claridad las identificaciones primarias.

Una vez sepultado el Edipo, se puede señalar que surge la identificación padre y madre, la identificación-padre retendrá el objeto madre del complejo positivo, y simultáneamente, el objeto padre del complejo invertido. Análogamente se produciría la identificación madre. Las diversas disposiciones sexuales que terminen de constituirse tras

la segunda oleada de la sexualidad dependerán, al menos en parte, de las intensidades variables con las que se incorporen dichas identificaciones

A partir de la sedimentación en el yo de estas dos identificaciones relacionadas entre sí, es que se la alteración del yo, antes mencionada, se deberá enfrentar a otra instancia del yo como ideal del yo o superyó. Esta dimensión no direccionará al niño hacia el deseo de su masculinidad siguiendo el modelo paterno de manera simple y llana, puesto que la misma identificación comprende la prohibición de tal deseo: “Así (como el padre) no te es lícito ser, esto es, no puedes hacer todo lo que él hace, muchas cosas le están reservadas” (Freud, 1923b:36).

La doble dimensión del ideal del yo, prescriptiva y prohibitiva, proviene del enorme gasto psíquico que ha sido puesto en la represión del complejo de Edipo. Al constituirse como el heredero del sepultamiento del Edipo, el ideal del yo reproduce en su modo de funcionamiento la intensidad de las mociones que animaron el conflicto ahora reprimido. De este modo el yo infantil, se ve fortalecido incorporando en si este obstáculo, cuanto más intenso y rápido se produjo la represión (por influjos de la moral, religión, educación) del Edipo, el superyó tomará con mayor fuerza el carácter del padre presentándose como más riguroso en cuanto a su conciencia moral y reforzando al mismo tiempo el sentimiento de culpa inconsciente sobre el yo.

La génesis del superyó es por tanto el resultado del desvalimiento y la dependencia del ser humano en la primera etapa de su vida, así como de la cultura a través del complejo de Edipo. En síntesis, Freud apunta sobre el origen del superyó y su separación del yo, que aquel “subroga los rasgos más significativos del desarrollo del individuo y de la especie y, más aún, en la medida en que procura expresión duradera al influjo parental, eterniza la existencia a los factores a los que debe su origen” (Freud, 1923b:37).

Cabe señalar que el superyó no es la identificación a una persona, es más bien la identificación a la imagen del superyó de los padres, convirtiéndose así en el portador y representante de la tradición en el psiquismo individual. Si se considera el superyó como una estructura que a su vez encarna la prohibición y el ideal, podemos considerar el ideal como una subestructura (Laplanche, 2001) de este ideal del yo

El ideal del yo, en este sentido, el de esta investigación, remitirá a una de las tres subestructuras del superyó: auto-observación, conciencia moral, y función del ideal; siendo relacionadas la conciencia moral con el sentimiento de culpabilidad y la función de inferioridad con el sentimiento de inferioridad, en tanto el ideal es amado y no temido (Laplanche, 2001).

El ideal del yo (Freud, 1923b) encarna una entidad superior de la humanidad, confluyendo en él los valores superiores y valorados por la cultura. En el transcurso de la vida de un individuo aparecerán como añoranzas hacia el ideal del padre, nuevas identificaciones con otras figuras de autoridad. Su confluencia permitirá la comparación entre el yo y el ideal del yo, de lo cual emergerá el juicio de la propia insuficiencia. Los mandatos y prohibiciones se ejercen también al modo de una censura, efecto de la conciencia moral. Las exigencias de la conciencia moral a las operaciones del yo, generan una tensión que es vivenciada como sentimiento de culpa. En “Introducción al narcisismo”, Freud (1914) utiliza el término ideal del yo para designar el fundamento de una función autónoma que sirve de referencia al yo, para valorar sus operaciones en tanto adecuadamente realizadas. Esta subestructura es fundamentalmente narcisista. Lo que se proyecta ante sí como ideal es aquello que se ha perdido en el narcisismo infantil, donde el yo coincidía con su propio ideal.

De la formación del ideal también proviene una instancia psíquica particular, originada en las críticas que los padres ejercen en el niño, las que al ser interiorizadas se transforman en funciones de censura y auto-observación. El superyó observa sin cesar al yo actual y lo compara con el ideal, distinguiéndose del ideal del yo.

En psicología de las masas y análisis del yo (Freud, 1921), el ideal del yo permitirá explicar la fascinación amorosa, la dependencia frente al hipnotizador y la sumisión al líder en los fenómenos de masa. En este último caso, el líder ocuparía el lugar encarnado del ideal del yo del sujeto. Esto constituiría a su vez, la eficacia del ideal del colectivo, donde cierto número de individuos ha ubicado el mismo objeto en el lugar del ideal del yo, a consecuencia de lo cual se identifican entre sí en su yo.

Lacan realizará aportes fundamentales a la estructura tópica propuesta por Freud. La noción de yo en Lacan parte de la siguiente consideración: “no hay forma de aprehender

cosa alguna de la dialéctica analítica si no planteamos que el yo es una construcción imaginaria” (1955:365). Bajo esta consideración nos encontramos con la forma humana, es decir que el yo sea una construcción imaginaria, no le quita nada de valor al hecho de que es uno de los aspectos que nos constituye como sujetos; pero al mismo tiempo no bastará con el yo imaginario para dar cuenta de la condición de sujeto considerada desde la estructura neurótica. Lacan señala al respecto: “también podemos ser esa cosa intermedia llamada loco. Un loco es precisamente aquel que se adhiere a ese imaginario, pura y simplemente” (Lacan, 1955:365). De esta manera más allá o más acá de la locura se inscribirá un yo ideal para Lacan, siendo una formación principalmente narcisista, que tiene su origen en la fase del espejo, perteneciendo al registro de lo imaginario. (Laplanche, 2001)

Para Lacan la identificación primaria en el Edipo corresponde a aquella que se produce en el estadio del espejo, donde el niño puede inaugurar un sí mismo gracias a la imagen primaria del otro que le es reflejada, a decir, la imagen materna. El niño, alienado a lo que esta imagen le devuelve a través del espejo, estructurará desde allí su yo (Je), que pone término a la vivencia de fragmentación del cuerpo para dar paso a una vivencia fantaseada de completitud, que en definitiva no es propia, sino que es a través de otro (Dor, 1985). De ahí en adelante, el yo guardará la identificación con esa imagen (“imago”) que lo determina y al mismo tiempo le será desconocida en su origen.

El primer efecto de la imago es la alienación del sujeto: “en el otro se identifica el sujeto, y hasta se experimenta en primer término...” “...el deseo mismo del hombre se constituye bajo el signo de la mediación; es deseo de hacer reconocer su deseo” (Dor, 1985:171). Para Lacan, en esta identificación se juega la alienación no sólo a la imagen del otro, sino también al deseo del otro, pero a su vez será un momento de reconocimiento. Esta sería la mediación entre el sujeto y el otro, la que se expresa como deseo del deseo del otro.

A partir del deseo del otro y su relación al propio deseo, para Lacan se pone en juego la dialéctica hegeliana del amo y el esclavo: el ser mismo del hombre circulará en esta dialéctica que se verá realizada en una serie de crisis que le darán forma como síntesis de sus particularidades y de su universalidad. (Dor, 1985)

La identificación sin mediación, será una alienación extrema, que es la forma de la locura, ya sea en la psicosis o en la neurosis, aunque ambas toman distintas formas de resolución. Será importante que nos detengamos en cómo se llega a constituir esta alienación. Los enunciados que el sujeto articula sobre sí mismo, respecto de otro que funciona como representante, se agotan en el registro de lo imaginario. Es decir, el discurso del cual se toma el sujeto, en la medida que está representado, será un acto y un discurso de mera apariencia, que no dirá la verdad respecto de su propio deseo.

El sujeto objetivará su identificación imaginaria, en su Yo (Je) que ocultará cada vez más su deseo y la salida será la identificación progresiva con sus representantes que lo van actualizando en su discurso. Así comienza un desconocimiento de lo que él es, en su deseo, poniéndose en su lugar una síntesis de aquellos representantes, quedándose con sólo una representación imaginaria, que será aquella que de aquí en adelante el sujeto podrá darse a sí mismo. Este proceso es el yo (moi) que se crea en el yo (je). El ser hablante quedará así atado a su creación imaginaria yo (moi) (Dor, 1985). Esto nos muestra el aspecto paradójico y la división inicial del sujeto en la compleja estructuración del yo.

También puede ocurrir en la alienación extrema, la locura, una forma de identificación caracterizada por la inmediatez y el estancamiento. La inmediatez será otorgada por una cercanía extrema en la que no existe distancia con la imagen ideal, y de allí la suficiencia del sujeto, es decir, donde este no duda de nada. El estancamiento corresponde a la falta de dialéctica en el sujeto, que queda fijado en un momento o estadio, produciendo una suerte de degradación de la identificación, proceso inestable y en permanente circulación que funda la relación del sujeto consigo mismo y con los otros, a favor de una "identidad", expresión estática e imposible de ser dialectizada. La función paterna es lo que funda la posibilidad de dicha circulación (Lacan, 1966).

Ahora bien, es justamente a partir de la introducción del padre que se precipita el ideal del yo, en un momento distinto de la identificación primaria que ya hemos referido. El ideal del yo es una formación más bien tardía, que vendrá a reordenar las identificaciones primarias. Especifiquemos entonces: el yo ideal corresponde a la imagen del yo, y aunque esté exaltada y se convierta en una imagen ideal, sigue siendo la imagen del yo con la que el sujeto se identifica. Pasa a ser el modelo logrado de sí mismo, lo que lo confunde

respecto de sí, pero que al mismo lo tranquiliza respecto de la integridad que se contrapone a la vivencia de fragmentación temprana. Estas consideraciones permiten interpretar ciertos fenómenos clínicos en el campo de acción del yo ideal, como las lesiones que el sujeto infringe en el propio cuerpo y que manifiestan la necesidad de un reaseguramiento narcisista.

Distinto al yo ideal es el ideal del yo. Este surge de una identificación más tardía, que remite a la relación mediatizada del Edipo, en virtud del ingreso del tercero, el padre, en el terreno de la relación primaria con la madre. Para Lacan en el proceso de configuración del ideal del yo se mezclan “de forma compleja deseo y rivalidad, agresión, hostilidad. Algo se desarrolla, un conflicto, cuyo desenlace oscila. Aunque es incierto, el resultado del conflicto, se plantea que ha acarreado una transformación subjetiva” (Lacan, 1957:297). Esta transformación es la introyección de una nueva estructura, el ideal del yo, que formará parte del propio sujeto.

Para Lacan, el yo y el ideal del yo funcionan como estructuras intersubjetivas, es decir que se relacionan en el sujeto como si fueran distintos sujetos interactuando, en el modo significante (Lacan, 1957), es decir, que vasta sólo la existencia misma de otro para que se cumplan las condiciones de intersubjetividad.

La identificación secundaria comprometida en el fundamento del ideal del yo es desarrollada por Lacan en el seminario sobre “Las formaciones del inconsciente”. El ideal desempeña una función tipificante en el deseo del sujeto, y parece relacionarse con la asunción sexual, masculina y femenina (Lacan, 1957-1958). Esto se puede observar clínicamente, en casos en los que las identificaciones han resultado fallidas. Un ejemplo de ello es el complejo de masculinidad, en el que la niña se identifica a las insignias del padre, es decir, a ciertos aspectos o rasgos que adquieren carácter simbólico para el sujeto, pero no al modo de una cadena significante, sino como insignias simbólicas independientes. La niña se ha virado el amor hacia su padre, en el tercer tiempo del Edipo, y lo ha transformado en identificación con él. El ideal del yo así formado podrá incidir así en el sujeto llegando incluso a la modificación de su deseo.

Ahora bien, que es lo que modificaría su posición, en este caso del complejo de masculinidad, que sirve como ejemplo de mecanismo y la fórmula de funcionamiento del

ideal, es que lo que era objeto de la relación libidinal se convierte en función significativa para el sujeto. Su deseo pasa así a jugarse en otro plano, es decir, que otro deseo sustituye el deseo primero que queda así reprimido y susceptible de sustitución.

Es así como funciona la identificación secundaria, el objeto que ha adquirido el estatuto de significativo ocupara el lugar del Ideal del yo. Por tanto este tipo de identificación será la base y el fundamento del ideal. El objeto que se ha transformado como significativo del sujeto, es el falo, ya no es ni la madre ni el padre, es la ida y venida de la relación con el objeto primario, la madre. El sujeto rivaliza así con el tercer término, el padre, y en este momento se puede vislumbra el factor común, tanto madre y padre están en el mundo de los significantes, por tanto esta ida y venida del sujeto implica siempre el mismo factor, el factor común del significativo en el deseo, a saber, el falo. Para Lacan, “el falo siempre forma parte de él, es el mínimo denominador común de este factor, por eso lo encontramos siempre presente en todos los casos, trátase del hombre o de la mujer” (Lacan, 1957:305). Si bien el ideal del yo como premisa constitutiva del mismo no se deja ver y siempre se esconde, correrá debajo de toda exaltación significativa, es decir, se podrá rastrear el ideal del yo a partir de aquellos significantes que van tomando relevancia por sobre otros significantes, dejando las insignias en tanto simbólicas o que funcionan como soportes del sujeto.

La relevancia de rastrear las insignias del ideal del yo y su relación a las identificaciones puede orientarnos en los casos donde se presenta un sufrimiento que impide la movilidad psíquica del sujeto. Las consecuencias clínicas de estas dinámicas fueron abordadas por Freud (1923b) bajo el nombre de “vasallajes del yo”. Freud señala que en el desarrollo del yo influyen en gran medida las identificaciones que toma para sí el sujeto, las que a su vez son el reemplazo de las investiduras del ello que han sido resignadas. Las primeras de estas identificaciones se contraponen de forma particular al interior del mismo yo a modo de superyó. Así el yo fortalecido quizá pueda ofrecer una mayor resistencia a las influencias de dichas identificaciones primarias.

La posición del superyó respecto del yo, se nutre de esas dos fuentes: la identificación primaria, cuando aún el yo no se encontraba fortalecido; y la herencia del Edipo sepultado, que introdujo en el yo alteraciones estructurales. Se puede hacer equivaler

en una ecuación, que las alteraciones posteriores del yo y sus formaciones estrechamente vinculadas con las identificaciones primarias, serían lo que para la vida sexual posterior a la pubertad representa la (pre)historia sexual infantil. Ambos devienen posteriormente de sus respectivos desarrollos primarios, es decir, que las influencias posteriores se verán sometidas a la dominación originaria, que podría ser el andamiaje o soporte donde las posteriores modificaciones se sostienen, pero que a su vez, son el retorno a la fragilidad al yo inicial. Freud (1923b:49) lo pone en los siguientes términos “Así como el niño estaba compelido a obedecer a sus progenitores, de la misma manera el yo se somete al imperativo categórico del superyó”.

A propósito de estas indagaciones, de vasto alcance metapsicológico, Freud aborda ciertos casos clínicos que parecen especialmente resistentes a la cura. “Si uno les da esperanza y se muestra contento con la marcha del tratamiento, parecen insatisfechas y por regla general su estado empeora” (1923b:50). Puede ser que al inicio esta actitud sea interpretada como desafío al médico, como una forma de mostrar superioridad ante este, pero Freud pronto abandona esta idea, revelando un aspecto más profundo y problemático en el funcionamiento psíquico. El empeño insistente de estas personas de renegar de su mejoría, sería porque no soportarían elogios ni reconocimiento, reaccionando de manera contraria a los avances en la cura. “Toda solución parcial, cuya consecuencia debiera ser una mejoría o una suspensión temporal de los síntomas (...) les provoca un refuerzo momentáneo de su padecer; empeoran en el curso del tratamiento, en vez de mejorar” (Freud, 1923b:50). A este efecto Freud le denomina “reacción terapéutica negativa”.

Esto será interpretado como una oposición a la cura, hay algo que se opone y la posibilidad de cura es sentida como amenazante. En este sentido, la voluntad por la cura no estaría presente y más bien prevalecerá una necesidad de permanecer en la enfermedad. Este se presenta como un obstáculo muy poderoso, que se mantiene a pesar del análisis de las resistencias, incluso si se pone en paréntesis la actitud negativa al médico y las ganancias de la enfermedad.

Entonces lo que se observa es un factor que podría denominarse moral, “de un sentimiento de culpa que halla su satisfacción en la enfermedad y no quiere renunciar al castigo del padecer” (Freud, 1923b:50). Freud considera que es poco esclarecedor este

punto, pero que de alguna forma se debe conformar con esta información entregada, pues no se ha observado otra en los análisis. Este será un punto relevante para considerar en esta investigación.

Ahora bien, respecto del sentimiento de culpa, se pueden esclarecer cuestiones sumamente relevantes desde la teoría psicoanalítica. La culpa será para estas personas inaccesible desde la conciencia, no tienen claridad sobre su origen ni sus posibles relaciones con aspectos sintomáticos de su actuar, siendo exteriorizada solamente como resistencia a la cura. Debe sumarse a ello la inmensa dificultad de que el enfermo se convenza de que la culpa es el motivo por el cual no mejora, pues le será más fácil atribuir una falla al tratamiento. En este punto no será fácil para el analista combatir el sentimiento de culpa inconsciente, es decir, que no se puede realizar un acto de manera directa, sino que de forma indirecta y por un arduo trabajo que vaya poco a poco descubriendo estos aspectos potentemente reprimidos.

Para Freud, la culpa inconsciente se hace patente especialmente en la histeria. El yo, al defenderse de la percepción deprimente con que lo amenaza el superyó, ocupa el mismo mecanismo de represión que ejerce sobre las renunciaciones que el superyó solicita. Al reprimir el sentimiento de culpa, será la acción del yo lo que ocasiona su persistencia en lo inconsciente, destino que paradójicamente compartiría con el material que ha inducido los sentimientos de culpa. El superyó es tan intenso que parece apoderarse de todo el sadismo disponible en la persona para castigar al yo. Respecto a lo implacable del superyó, Freud dice (1923b:54) “lo que ahora gobierna el superyó es como un cultivo puro de la pulsión de muerte, que a menudo logra empujar el yo a la muerte”.

Una oportunidad de influir analíticamente sobre la conciencia de la culpa se da cuando se interpreta el origen de este sentimiento como algo no propio, sino como el resultado de una identificación con otra persona que en tiempos pasados fue objeto de una investidura erótica. Pero al mismo tiempo este tipo de interpretación puede resultar muy difícil de aceptar de parte del sujeto, ya que significaría el sacrificio del único resto del vínculo amoroso resignado. Freud expone estas especificaciones teóricas a propósito de la melancolía, señalando que “si se logra descubrir tras el sentimiento icc de culpa esa

antigua investidura de objeto, la tarea terapéutica suele solucionarse brillantemente, de lo contrario, el desenlace de la terapia en modo alguno es seguro” (1923b:54).

La fuerza de la eficacia analítica deberá medirse contra la intensidad del sentimiento inconsciente de culpa, y en muchas ocasiones no resulta suficiente. Que el analista ocupe momentáneamente durante la cura el lugar del ideal del yo, puede ser utilizado como una poderosa herramienta en esta contienda, lo que no deja de representar un riesgo importante, en la medida que la figura del analista puede terminar desempeñando un papel de salvador o profeta. En este punto para Freud, se encontraría un nudo crítico y contradictorio, puesto que el análisis está al servicio de procurar la libertad del yo del enfermo para que pueda decidir qué elección tomar, sin que el analista opere directamente como normador de las reacciones patológicas en sí mismas. En este sentido, las múltiples y complejas repercusiones clínicas de la dinámica superyoica llevaron a Freud a postular la fuerza del superyó como el elemento que más contribuye a determinar la gravedad de una neurosis.

La limitación de las pulsiones que el superyó exige en el aparato a través de las exigencias impuestas por la moralidad, opera como un contrapeso del carácter amoral del ello. Sin embargo, en la medida que deviene hipermoral, el superyó termina por asemejarse en su funcionamiento al ello al que se le opone, mostrando a través de su crueldad el mismo carácter ciego, irracional e inagotable que marca a las exigencias pulsionales.

El origen de esta crueldad exacerbada es para Freud parte del funcionamiento paradójico de la instancia superyoica, constituyendo al mismo tiempo el núcleo de la contradicción que inevitablemente conlleva el desarrollo de la civilización (Freud, 1930). Mientras más se limita la agresión hacia afuera, más severo se vuelve el ideal del yo y por tanto aumenta la agresión hacia sí mismo. La identificación al arquetipo de los padres (madre y padre) que da origen el ideal del yo es posible en la medida que realiza una desexualización o sublimación de las investiduras eróticas que le antecedieron. A raíz de esta trasposición se produciría una desmezcla pulsional, que conduce a la expresión brutal y desanudada de la pulsión de muerte. En este sentido, el funcionamiento hipermoral del superyó puede interpretarse como una forma de regresión a momentos infantiles del psiquismo, actualizadas en la imposición que el ideal opone al sujeto bajo la forma del deber-ser.

Este problema cobra una importancia central en la última etapa de la investigación freudiana. En “El problema económico del masoquismo” (1924), Freud señala que la satisfacción del sentimiento de culpa inconsciente, vinculado al desarrollo de un masoquismo extremo, representa el aspecto más importante de la ganancia de la enfermedad, el núcleo que opone mayor resistencia al trabajo analítico. Un paciente de estas características puede llegar a mejorar su neurosis si es que le ocurre una tragedia, un fracaso o una enfermedad orgánica, pues por estos medios cumpliría el imperativo superyoico de mantener al menos algún padecimiento. Freud llama a esta cuestión “necesidad de castigo”, la que remite en último término al castigo parental. Para lograr ese castigo, el masoquista trabajará contra su propio bienestar, e incluso puede llegar a aniquilar su propia existencia. Los sentimientos de culpa, reforzados paradójicamente por las renunciaciones pulsionales que el mismo superyó ha impuesto, adquieren en el masoquista el valor psíquico de una satisfacción erótica, y por lo tanto la autodestrucción se producirá al modo de una satisfacción pulsional.

3. La feminidad como malestar: un amo por otro amo

En este apartado se describe un panorama reflexivo y teórico en torno a las condiciones institucionales y sociales que determinan el lugar de la feminidad. Para estos efectos se hará una delimitación imaginaria con el capítulo anterior, ya que, establecer una distinción con aquellos elementos clínico-subjetivos más específicos de aquellos elementos socio-culturales desarrollados a continuación, es un ejercicio que en alguna medida reduce la relación necesaria entre sujeto y cultura. En este sentido, esta delimitación teórica tiene un objetivo más bien expositivo. Se considerarán acá diversos aportes provenientes de la filosofía, la sociología y el psicoanálisis, herramientas que servirán para indagar en la dimensión institucional de nuestro campo de investigación.

a) Psicopatología femenina y psiquiatría

Silvia Tubert en 1985 presenta en el primer congreso de salud mental y mujeres un trabajo titulado: “Trastornos de la identidad femenina”. Desde una perspectiva

freudolacanian, plantea que las dificultades que algunas mujeres presentan en el cumplimiento del rol esperado por su entorno familiar y social, no deben ser consideradas como un trastorno, sino como una protesta sintomática que ellas despliegan para no quedar alienadas al deseo del otro. (Bayo-Borrás, 2014). Establece que “lo que habla en ellas, a través de sus síntomas y sus dolencias, es ajeno al autoconocimiento del yo, y se refiere a aquello que no saben de sí mismas” (Tubert en Bayo-Borrás, 2014:8).

En la perspectiva psicoanalítica la cultura integra dos aspectos diferenciables en principio. Por una parte, permite ampliar las posibilidades del ser humano, principalmente a través de la sublimación; pero al mismo tiempo, opera restringiendo las aspiraciones sexuales, desde el fundamento de la prohibición del incesto y a la que luego se le añaden otras restricciones. Freud (1921) observó que la feminidad ocupa en la cultura el polo opuesto a la sublimación: la mujer que constituye el punto de apoyo a la cultura queda excluida de sus privilegios. Es requerida como garante de la cultura, como objeto de amor, obteniendo de ella sólo inhibiciones. Es así que para Freud la mujer estaría menos dotada para la sublimación, puesto que el lugar que ella ocupa en la cultura limita sus posibilidades de asumirse como sujeto. De allí devendría el propio malestar hostil que la mujer manifiesta contra la cultura. La mujer sería así síntoma y a la vez destino de la cultura.

Freud (1921) reconoce que la mujer tiene un aspecto positivo sobre la cultura, ya que funciona como antídoto contra la masa. Esta capacidad se basaría en el amor que los hombres destinan a la mujer, permitiendo la permeabilidad de los límites propios de la raza, la división entre naciones o el sistema social de clases, constituyendo un elemento que dinamiza las relaciones sociales. La mujer permite superar la división del narcisismo de las pequeñas diferencias, constituyéndose en factor de universalidad. En este sentido para Freud, la mujer ocuparía el lugar del Eros en la cultura.

En la clínica psicoanalítica, para Tubert (1998), la idea que la mujer ocupe un equivalente al Eros en la cultura, sería opuesta a los despliegues anárquicos de los deseos femeninos que se observan en la clínica psicoanalítica. Así se genera una paradoja, una tensión elemental. Por un lado, la mujer debe cumplir con la tarea de hacer nacer el deseo de los hombres para que estos se abran al Eros y permitir así la universalidad, cuestión que, más allá de la obvia reducción de la condición subjetiva de la mujer, puede ser relevante

desde un punto de vista ético; y, por otra parte, el hecho de verse remitidas una a una a la singularidad de su propio deseo.

Reparar en ello abre la posibilidad de concebir a la mujer como deseante, condición que no se agota en la demanda cultural de servir de soporte del hombre. Sin embargo, esta misma posibilidad se ve limitada o determinada por las consideraciones sociales en las que dichas posibilidades podrán o no desplegarse. Para aclarar estas cuestiones, entraremos en el debate actual respecto a las innegables consecuencias de la diferencia sexual anatómica entre los sexos y su estatuto simbólico. Temática que en la teoría sigue siendo esquivada, habitada por conflictivas inherentes a sus propias definiciones.

Para Tubert el concepto de género “permitió subrayar, por un lado, la ocultación de la diferencia entre los sexos bajo la neutralidad de la lengua y, por otro, poner de manifiesto el carácter de construcción socio-cultural de esa diferencia” (2003:7). Esta conceptualización se somete a variadas resistencias e y formas de instrumentalización por parte de las políticas públicas, extendiendo su uso de manera abusiva, al mismo tiempo que tensionando su propio origen argumentativo.

La dialéctica del concepto de género se comprende comenzando desde su principal paradoja, que es que el género surge como categoría opuesta al sexo, o al menos vendría a salvar aquel escollo en que se encuentra la cuestión del sexo considerado sólo como asunto biológico. Sin embargo, se observa en muchas ocasiones cómo el género se usa como mera sustitución del sexo, eliminando su potencialidad para reducirlo a un eufemismo. Así se siguen encubriendo las relaciones de poder entre los sexos, como cuando se nombra la violencia del hombre hacia la mujer como “violencia de género”.

Otra aporía importante en este campo es que en el concepto de género termina por reproducir la lógica de aquello que busca criticar. Así, el sexo sería a lo biológico lo que el género es a la construcción cultural, reproduciendo otra vez la oposición naturaleza-cultura y el dualismo cuerpo-mente. Esto supone que existe una oposición real-natural desconociendo que es imposible distinguir en el sujeto aquello que resulta de su condición biológica de aquello que ha sido parte de su pertenencia a un lenguaje, a una cultura.

Por otra parte la diferencia sexo/genero (Butler, 1990) parece marcar una discontinuidad entre los cuerpos sexuados y los géneros culturalmente construidos, pero al

mismo tiempo parece mantener implícita una relación de equivalencia en cuanto al representarse como el par binario hombre-mujer. La noción de género y su desarrollo debe ser cuestionado también (Butler, 1990).

Lauretis (en Tubert, 2001) afirma respecto de la subjetividad que “no es un mero producto de ideas, valores y causas materiales externas, sino que se produce en las prácticas, discursos e instituciones que otorgan significación a los acontecimientos” (p.122). La subjetividad debe tener pertenencia a grupos sociales sin que esté sujeta a una sobredeterminación que impida la movilidad. Sin embargo, debe considerarse que la posición de las mujeres en el entramado social suele dejarlas en desventaja desde el punto de vista del poder.

En la sociedad operan dispositivos que construyen subjetividades negando la historia, dando lugar a subjetividades aparentemente a-históricas. Un excelente ejemplo de ello son los manuales diagnósticos psiquiátricos, cuyas categorías nosológicas delimitan “consensos” a partir de una representación de la realidad epidemiológica y universal (DSM y CIE). Dada la lógica operativa en la que ellos se inscriben, no integran ni la singularidad ni la cultura en la que participa cada sujeto. Pero sería un error reduccionista señalar que dichos manuales son los responsables de la problemática diagnóstica. Es necesario aspirar a un análisis complejo del problema, indagando la función estructural que han cumplido, el lugar socio-histórico que ocupan y han ocupado estos manuales y las prácticas que orientan (Deleuze, 1983).

La descripción nosológica contiene en su capacidad diagnóstica un número importante de antecedentes, que siendo parte de la historia son ahistóricos, pues operan sobre la base de un ideal universal y a priori. Así, en la construcción de sus categorías se consideran sólo antecedentes sociodemográficos, generando una lógica diagnóstica basada en la comparación de lo que cada sujeto muestra con listados para chequear. Estos “check-lists” contemplan cuestiones tan complejas como antecedentes de violencia sexual, intentos de suicidio, maltrato infantil, abandono, entre otros. Lo complejo de este tipo de operación, como señala Davoine (2011) a propósito del caso de los soldados que retornan de los campos de batalla, es el no reconocimiento social del sufrimiento subjetivo asociado a un hecho que es eminentemente social (la guerra). Es decir, se reduce lo social a un campo

exclusivamente individual, pero indiferenciado a la vez. De este modo, el propio lenguaje diagnóstico excluye, al no poder ser contenidos por esta lógica diagnóstica, los aspectos particulares de ese sufrimiento, operando finalmente como una violencia de orden simbólico.

Se desprenden variadas problemáticas de este análisis del diagnóstico. Primero, el antecedente sociodemográfico a chequear que invisibiliza el contenido histórico a partir del enunciado de la consecuencia de la conjunción de variados antecedentes. Segundo, el resto que deja el significante diagnóstico, lo no simbolizado, por tanto no representado social ni subjetivamente, y en su anverso, lo que sí se representa imaginariamente a través del lenguaje-palabra diagnóstico. Es necesario reconocer estas cuestiones, porque remiten al plano ideológico y a las relaciones de poder propias de la psiquiatría, que imponen un orden moral y político de control sobre los sujetos (Foucault 2005).

La lógica diagnóstica de la psiquiatría introduce así la alienación como forma preeminente de subjetivación. En palabras de Stolorow: “la mente ocupa su lugar como una cosa entre las cosas. En este proceso se pierden las propiedades de la vida subjetiva misma, que queda engullida dentro de la mente-entidad cosificada y concebida en términos de las categorías que en el mundo físico se aplican a los objetos tangibles.” (2004, 41).

Los desarrollos de Foucault en este campo apuntan a dilucidar los procesos de sujeción y subjetivación bajo condiciones de alienación a una institución de poder. Las relaciones de poder que dan forma a estos dispositivos no incorporarían la relación a una construcción sexuada de dichas relaciones de poder. Por ejemplo, respecto de la violación hacia la mujer, señala: “la sexualidad no puede ser nunca objeto de castigo. Y, cuando se castiga la violación, debe castigarse exclusivamente la violencia física, y decir que sólo se trata de una agresión y de nada más que eso: que a alguien le metan un puñetazo en el hocico o el pene en el sexo, no hay ninguna diferencia”. Y continúa: “Pero, en primer lugar: no estoy seguro de que las mujeres estarían de acuerdo” (Foucault en Fassan, 2008).

El problema de la violencia y el poder, puede ser abordado durante todo el trayecto que los sujetos recorren en la enfermedad mental, puesto que es en este juego con la institución donde dichos elementos impactan sobre el sujeto, sin que este pueda dar cuenta de ello ni cuestionarlo. Si es posible hacer visibles las normas que rigen de modo natural y

que se imponen como evidencias sin cuestionamientos, será posible tomar una distancia reflexiva respecto de los supuestos de dichas normas, volviéndolas criticables, negociables, discutibles. En palabras de Fassin (2006), las normas sexuales pueden ser así democratizadas.

Por otra parte, las condiciones de clase y materiales descritas por Marx, que pueden servir de análisis de las condiciones que posibilitan la precarización de la salud mental en relación a la reducción diagnóstica y epidemiológica propia de la salud pública, no parecen ser explicaciones suficientemente específicas para el problema, volviéndose algo ingenuas si sólo se alude a este argumento estructural. Pese a la pregunta que este mismo autor se hace respecto de la explotación del hombre por el hombre, afirmando que la primera explotación humana pasa por la división del trabajo entre el hombre y la mujer, no dirigió sus esfuerzos teóricos a resolver dicha relación (Irigaray, 1994).

Retomando las fronteras de sujeción y subjetivación en las mujeres que portan un diagnóstico psiquiátrico, la noción de dialéctica del amo y el esclavo en Hegel permite comprender que las lógicas del reconocimiento de la diferencia hacen posible dar un lugar al otro. La autoconsciencia, al desear el deseo de otra autoconsciencia, supone que todo reconocimiento implica a otro. En la relación amo-esclavo se juega el reconocimiento del otro en tanto amo, sin embargo el conflicto entre dos deseos opuestos, el del esclavo y el del amo, implica un acto de sometimiento, por tanto el reconocimiento del otro esclavo no sería reconocimiento en tanto autoconsciencia (Kojève, 2006).

Las lógicas del reconocimiento operan sobre distintos ejes. En nuestro caso, existe una relación de sujeción y alienación necesaria en formas de diagnóstico psiquiátrico hacia y para mujeres. El reconocimiento social que esta lógica genera se basa en el acto que identifica una problemática al otorgar un nombre de víctima que es reconocible en lo público: depresión, trastorno ansioso, trastorno de personalidad, etc. La categorización psiquiátrica deja así sin un referente al problema social, ofreciendo en cambio un reconocimiento por medio del sometimiento a un nuevo lenguaje que posibilita formas distintas de operar sobre un malestar. En este sentido, este acto hace patente que el esclavo enfermo ya no sirve de esclavo.

Arendt (2003) ofrece aportes de relevancia para pensar el problema de la relación entre la violencia de género desde la prescripción del rol de la labor. La autora describe históricamente cómo se le ha otorgado un lugar jerárquico de inferioridad a la mujer respecto del hombre. Las mujeres ocuparían un lugar recluso a lo privado, campo más cercano a lo biológico, sujeto por tanto a un régimen de necesidad. Esto excluye a la mujer del mundo de los hombres, de la esfera pública donde los sujetos políticos participan en la sociedad, dinámica que hace posible y reconocible la diferenciación entre sujetos. En el caso de las mujeres, al estar confinadas a espacios privados, dicha posibilidad de diferenciación no existiría, por tanto no existe una singularidad reconocida para las mujeres. Cabe recordar que por largos milenios las mujeres en occidente estuvieron desprovistas de su condición humana. El ejercicio de la violencia sobre esos sujetos se vuelve legítima.

Desde las conceptualizaciones de Arendt puede afirmarse que la subjetivación femenina en los contextos de sujeción a la normativa psiquiátrica constituyen formas de violencia legítima, incorporando la violencia de género. Se está en la frontera del sometimiento al excluir dentro de los problemas de salud “mental” la condición singular de esas feminidades en un contexto patriarcal y volver a homogenizar a partir de las prácticas discursivas diagnósticas y biológicas de los discursos predominantes.

El argumento histórico-cultural de Arendt sobre los procesos de sujeción y subjetivación, no están aislados de las relaciones primarias, de los vínculos tempranos, en los que podríamos situar la función que cumple la imagen especular, tal como apunta Lacan en la descripción del estadio del espejo. Las posibilidades y límites de subjetivación femenina de esa niña estarán determinadas en gran medida por las condiciones de sujeción de la madre-mujer, que a su vez están delimitadas por la historia socio-cultural de sus antepasados.

Por tanto, la mujer se las arregla de alguna manera para someterse a otras condiciones que le permiten desligarse de otros deberes de género impuestos socio-históricamente, que les son menos sufribles o que en definitiva la confrontan a una menor angustia. Dicha relación continua opera al modo de “traslados” del sometimiento, es decir, transitar de un sometimiento de la labor impuesta culturalmente como cuidadora, “que da”,

maternal, afectiva, etc.; hacia un sometimiento institucional psiquiátrico. Esta posibilidad permite eventualmente la resolución de una angustia mayor, justamente porque la dialéctica del sometimiento es la restricción de la libertad a costa de la disminución de la angustia inherente al trabajo que implica sostener dicha singularidad en una cultura donde ello es sancionado para la mujer.

Lo anterior se puede ejemplificar nítidamente en los casos de diagnóstico de depresión post parto. Es posible que dicha función, que caracteriza a lo femenino, se limita siempre al cuidado de un otro que es tratado como un hombre, ya sea su pareja, un hijo o una hija. La relación que la mujer establece deja al otro en una posición pasiva, como puro objeto de sus cuidados, lugar que se subvierte cuando ese sujeto comienza a cuidar a otro, asumiendo así la posición de la mujer-madre (Irigaray, 1996). La depresión post-parto puede pensarse entonces como una producción subjetiva que se resiste a esa función de cuidado al valerse de las limitaciones que impone la enfermedad, y no como un deseo singular femenino (Tubert, 2001). De este modo, la internalización de la norma, el ser y actuar de cierta forma de acuerdo a un diagnóstico, y ya no ser de cierta forma de acuerdo a la imposición cultural del género, permite otras construcciones de subjetividad. Sin embargo estas construcciones están delimitadas por la misma lógica estructural de la hetero-normatividad y la privatización, aceptando la nominación de “depresivas”, “límites”, “impulsivas”, “histéricas”, entre otras. (Tubert, 2001).

Por tanto, si bien las mujeres pueden buscar vías de sujeción o subjetivación que resuelvan en cierta medida la violencia de género cotidiana, al resolverse como un acto puramente psiquiátrico, perpetúa las consecuencias de dicha violencia de género a partir de otra violencia de género, porque la solución sigue operando desde una lógica patriarcal, desde la hetero-normatividad, en una cultura donde se sigue sosteniendo que la problemática de la violencia hacia la mujer es privada, y que cuando se hace “pública” en tanto se muestra en las relaciones sociales, su abordaje terapéutico devuelve la problemática al ámbito privado. El sometimiento psiquiátrico le devuelve a ese sujeto que aquello de lo que se debe hablar es de las consecuencias de la “depresión”, y no de la problemática que ese sujeto experimenta.

La problemática del diagnóstico psiquiátrico dificulta la posibilidad de simbolización o representación de estas situaciones extremas (Pommier, 2011). A su vez autores como Nikolas Rose (2012:580) señalan que: “La política vital de nuestro siglo (...) no se encuentra limitada por los polos de salud y enfermedad, ni se centra en eliminar patologías para proteger el destino de la nación. Antes bien, se ocupa de nuestra capacidad, cada día mayor, de controlar, administrar, modificar, redefinir y modular las propias capacidades vitales de los seres humanos en cuanto criaturas vivas”.

Tomando en cuenta la especificidad de nuestro contexto histórico y cultural, cabría considerar “la crisis de referencias simbólicas mediante las cuales el sujeto inscribe su posición en la cultura y en sus vínculos sociales” , (Aceituno & Bornhauser, 2005:115). Inscripción que puede estar dada o no por una institucionalidad de la salud mental, de un diagnóstico que tiene como efecto la producción de una identidad asociada a la categoría psiquiátrica. En este sentido, la crisis de referencias simbólicas debe considerarse como “una problemática, a la vez subjetiva y social, clínica y metapsicológica, puede definirse como una crisis de identidad” (Aceituno & Bornhauser, 2005:115). Aunque la cuestión identitaria no es novedosa ni casual en relación a los trastornos psíquicos, cabe preguntarse por la supuesta especificidad diagnóstica y tratamientos que hoy intervienen a los sujetos y sus implicancias identitarias.

Para efectos de esta investigación se entenderá a las políticas sanitarias como elementos de sujeción transversales a los individuos, que los organizan en función de relaciones de poder. Mediante la instalación de la política GES, por ejemplo, podemos observar como la construcción de su objeto es biopolítico, ya que tal como señala Foucault el objeto de esta disciplina “es el cuerpo múltiple, la población”. (Castro, 2004).

De este modo, en salud mental la nosología psiquiátrica y el manual DSM IV alcanzan el “estatuto político de la medicina ” (Foucault, 2007:48) que a su vez genera el “estado de una conciencia médica, encargada de una tarea constante de información, de control y de sujeción” (49) Para ser más específicos, diremos estatuto político de la psiquiatría y de la epidemiología psiquiátrica, como saberes aplicados en los ejercicios del poder que se despliegan sosteniéndose en una concepción de enfermedad acorde a la mirada médica. El malestar del sujeto cobra valor para el Estado y se vuelve prioritario

utilizando como herramienta la categorización del malestar que hace la mirada médica, que en su comprensión: "...del hecho patológico, el médico debe abstraerse del enfermo..." quedando así el sujeto como "...hecho exterior en relación a aquello por lo cual sufre. La lectura del médico no debe tomarlo en consideración como sujeto, sino para ponerlo entre paréntesis." (Foucault, 2007:50).

Exclusión de la exclusión, división dentro de una división previa, precarización de la salud pública, como de los modos de objetivación del sujeto mediante la práctica divisoria locura-cordura. Como señala Foucault (1983:3): "El sujeto está dividido tanto en su interior como dividido de los otros. Este proceso lo objetiva. Los ejemplos son, el loco y el cuerdo [...]"

En consideración de las propias especificidades de la cultura y también de los procesos de atención en servicios públicos de psiquiatría en Chile, como ya se ha señalado, no se puede eludir la cuestión de género, al momento de considerar que son las mujeres quienes demandan mayor atención en los servicios públicos en salud mental y representan la primera causa de discapacidad laboral entre las adultas activas (Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010). Más allá de pensar la cuestión de la causa de esta diferencia de demanda por género, es un *dato* que permite, sin caer en un determinismo, otorgar relevancia al lugar que las mujeres ocupan en estas instituciones y considerar qué particularidades de los discursos de dichas mujeres juegan un papel importante en el entramado institucional. Vale decir, hay que considerar los propios sentidos que dichas mujeres le otorgan a su propio malestar en-desde-durante el recorrido institucional.

Con todo lo anterior, si se quiere pensar en el malestar de las mujeres en la cultura, no se puede verlas sólo como víctimas pasivas, ni se les puede catalogar como los únicos agentes responsables de su propia subordinación. El esfuerzo debiera centrarse en rastrear cuidadosamente las mediaciones que existen entre la violencia denominada material y la violencia simbólica de la que pueden estar siendo objeto. Además se debe considerar que la realidad psíquica, en la que los componentes problemáticos no están limitados a su carácter "patológico", sino que también aparecen en la vida cotidiana como sueños, lapsus y todas las formas del deseo que no se dejan limitar a una subjetividad integrada ni a una identidad ilusoria. (Tubert, 2001).

b) Trayectos: enfermedad mental en el sistema público de Chile

Las personas que se atienden en servicios públicos de psiquiatría que otorgan atención especializada en salud mental, recorren un trayecto delimitado por los lineamientos de las políticas públicas. A continuación se intenta describir este trayecto desde la perspectiva institucional, considerando aportes de los documentos ministeriales, específicamente la experiencia del trabajo en red (MINSAL, 2012) del servicio de salud metropolitano sur (en adelante SSMS), ya que corresponde a la red de atención de las participantes de esta investigación.

Para dar inicio a la atención en la red de salud mental pública del SSMS las personas debe cumplir ciertos requisitos que denominaré “administrativos” y que representan el aspecto burocrático para el acceso a los sistemas de salud. Primero la persona se debe inscribir en algún consultorio; centro de salud familiar (CESFAM), o centro de atención primaria (APS) [estas tres nominaciones son equivalentes, desde el punto de vista del sistema de redes asistenciales del servicio público de salud]. El consultorio debe corresponder al sector de residencia que reporta la persona mediante un certificado (generalmente otorgado por carabineros o junta de vecinos) y una fotocopia de su carnet de identidad. Este proceso se realiza en una ocasión, cada vez que la persona cambie de domicilio y decida informar del cambio al consultorio. La inscripción sólo la pueden realizar personas que a su vez estén inscritas en el sistema de Fondo Nacional de Salud (FONASA).

La distribución de la población respecto a su residencia corresponde al modelo de salud mental y psiquiatría comunitaria (Minoletti, 2005) donde la función de la territorialización es fundamental. “La salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales. Se promueve una forma de relación de los miembros de los equipos de salud con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se les pone en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, cuyos miembros son activos en el cuidado de su salud” (Minsal, 2015). Una de las premisas ideológicas del modelo corresponde a que en un

territorio asignado se construyen ciertas problemáticas y es allí mismo donde se deben solucionar. Para ello se requiere del conocimiento de la “cultura” y las redes disponibles en el sector por parte del personal de salud. Desde los aspectos más prácticos, el modelo permite intervenciones de mayor accesibilidad para la promoción y prevención de la salud desde el trabajo intersectorial, es decir, en red con otros centros o servicios disponibles en la comuna, favoreciendo tratamientos que incorporan atención o visitas en el domicilio de la persona.

Desde una perspectiva crítica (Aceituno; Miranda & Jiménez, 2012; Abarzúa & cols., 2011), el componente ideológico de la participación comunitaria se pone en cuestionamiento, ya que su funcionamiento, lejos de buscar la emancipación de los sujetos, reproduce el control social desde un modelo hegemónico, capturado por aspectos socio-económicos que ponen en el centro de la atención de salud, sus formas de financiamiento (Aceituno; Miranda & Jiménez, 2012).

Continuando el recorrido, una vez inscrita la persona en el consultorio tiene en lo formal tres posibilidades de acceder a la atención de salud mental. Una primera vía es que la persona que ya se encuentra en atención por alguna enfermedad médica sea derivada al equipo de salud mental del consultorio. Una segunda alternativa es que la persona inscrita solicite atención en la ventanilla (SOME), de allí se entregará o contactará para entregar una hora de ingreso al servicio, lo que dependerá del funcionamiento interno de cada consultorio. La tercera vía es que desde el mismo consultorio se contacte a la persona, porque se ha tomado conocimiento de la situación a través de terceros (vecinos, familias, otras organizaciones de salud o del inter-sector). A propósito de esta última posibilidad, es relevante señalar que los consultorios pueden o no estar sectorizados, lo que responde a una lógica de sub-territorialización. Que se emplee esa subdivisión o no dependerá de la magnitud de la población en el territorio, habiendo consultorios que no requieren de ello por ser su población más reducida.

La primera atención puede ser realizada con todo el equipo, una dupla o sólo un profesional del equipo. En todos los casos su finalidad será la de evaluar la dificultad del sujeto y pesquisar un plan tentativo de intervención. El equipo de salud mental del consultorio generalmente está integrado por medicina familiar o general; trabajo social,

psicología. En algunos centros también han incorporado terapeutas ocupacionales, monitores y otros.

En este procedimiento se puede incorporar a la persona en un plan específico asociado a un sistema diagnóstico de garantías explícitas de salud (GES) o no GES. Es fundamental asociar el problema a un diagnóstico, ya que ello guiará las prestaciones asociadas y garantizará el financiamiento de la institución, cumpliendo así con metas sanitarias y compromisos de gestión que cada consultorio administrará mediante estadísticas y registros de las atenciones que recibe la persona.

La persona será atendida en el equipo de salud mental del consultorio, a menos que este equipo, con o sin un acuerdo previo con la persona y/o con la familia, defina que la psicopatología o el trastorno de la persona es de “mayor gravedad”, entendido este como una conducta de riesgo suicida, hetero-agresión o mantención prolongada del sufrimiento acompañada de las conductas anteriores. En este momento es que se definirán distintas medidas para que la persona acceda a los servicios públicos de mayor especialización, que corresponde fundamentalmente al acceso a un profesional médico psiquiatra, recurriendo así a intervenciones farmacológicas. También puede acceder a psicoterapia y/o terapia ocupacional, lo que presupone una especialización para el abordaje la problemática de salud de una forma integral desde el modelo comunitario de salud (Ministerio de Salud, 2004; Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria 1999-2010).

Específicamente el servicio de salud metropolitano sur (SSMS) brinda atención a las siguientes comunas de la región metropolitana: San Miguel, La Granja, Paine, Buin, Calera de tango, La Cisterna, Pedro Aguirre Cerda, Lo Espejo, El Bosque, San Bernardo y San Joaquín. A la población de cada comuna le corresponde la atención de algún equipo territorializado de salud mental, dependiendo de la cantidad de población y el desarrollo del modelo de red en cada municipio y, conjunto al SSMS disponen las instituciones que proveen de esta atención especializada o de nivel secundario, estos son: los centros de salud mental comunitario (COSAM); Centro de salud mental (CESAM) y; equipos de salud mental y psiquiatría ubicados en el servicio de psiquiatría en el hospital general en el centro de diagnóstico y tratamiento (CDT).

Los centros de atención secundaria se vinculan con los consultorios de su territorio a través de documentos de referencia para derivación y contra referencia para dar por concluido un tratamiento especializado que devolverá a la persona a su centro de origen, siempre y cuando no corresponda el alta desde el centro especializado, de lo contrario volverá al consultorio para continuar un tratamiento.

Otra forma de relación, es a través de las consultorías de salud mental que corresponde, como su nombre lo señala, a una consulta que realizará el equipo de atención primaria al equipo de atención secundaria, y que tiene, según las últimas orientaciones técnicas descritas por el ministerio (Minsal, 2015), una relevancia fundamental en tanto permite la continuidad de cuidados, detección y derivación oportuna. Se busca promover así el trabajo en red de los equipos de distintos niveles de atención y la capacitación continua entre dichos equipos. La “Consultoría de Salud Mental” se define en el plan nacional de salud mental (Minsal, 2000) como “actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud de la atención primaria, o de urgencias, en forma de reuniones clínico-técnicas y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez por mes por equipo de salud general o de urgencias”.

Una vez que la persona ingresa a la atención secundaria, aumentan y se diversifican las prestaciones, lo que dependerá en gran medida de lo que suministre el equipo de atención secundaria. La persona ingresa por lo general a una especificación diagnóstica y ajuste de tratamiento farmacológico que no se encontraba disponible en la atención primaria de salud. Allí puede acceder a grupos de índole terapéuticos, psico-educativos, de intervención familiar, psicoterapia o terapia ocupacional; y también a dispositivos denominados de rehabilitación, planes de tratamiento integrales o individualizados (PTI). Cada caso en general será de conocimiento del equipo tratante, aunque no todos conozcan directamente al paciente.

Si la persona presenta una dificultad que requiere una intensidad aún mayor en la atención, la red dispone del nivel terciario de atención en salud mental, que corresponde a la hospitalización cerrada o parcial. Sólo pueden derivar a estos dispositivos los centros de atención secundaria, es decir, no se puede derivar directamente desde la atención primaria.

El consultorio es la parte más ancha de este “embudo” de atención, donde se inicia el proceso de discriminación de los requerimientos de salud mental de la persona que consulta. Esto a su vez, establece una distinción con el sistema de salud privado, donde el acceso a cada nivel de especialización dependerá directamente de la demanda de la persona y de la posibilidad de cubrir económicamente dichas atenciones.

La hospitalización parcial o subaguda corresponde a una atención ambulatoria de atención diurna, denominada Hospital de día o programas de atención intensivos. La atención cerrada de salud mental se denomina Unidad de corta estadía psiquiátrica (UCE), que actualmente está en proceso de cambio nominativo a “unidad de cuidados intensivos en psiquiatría”. El SSMS cuenta con dos dispositivos de hospitalización de corta estadía psiquiátrica, uno de estos ubicado en el Hospital Barros Luco, lugar pionero en el modelo de atención de salud mental y psiquiatría comunitaria que comanda la actual regulación ministerial, siendo además el único hospital que cuenta con atención de psiquiatría de urgencia 24 horas continuadas en la red del SSMS. La atención de urgencia es el único dispositivo desde donde se puede indicar por un especialista en psiquiatría la hospitalización inmediata de una persona sin importar los criterios residenciales, previsionales, inscripción en APS, entre otros anteriormente señalados, ya que supone un riesgo de salud inminente y de mayor gravedad.

En esta investigación todas las participantes se han hospitalizado en la unidad de corta estadía psiquiátrica del Hospital Barros Luco en algún momento de su trayectoria de enfermedad mental, alcanzando desde un punto de vista institucional la atención de mayor especialización y consideración de gravedad de salud. Es por este motivo que se especificaran algunas cuestiones referentes a este dispositivo.

En el hospital Barros Luco, la unidad de corta estadía tiene como criterio de ingreso las siguientes consideraciones (CABL, 2015): mayores de 18 años; personas que presenten signos y / o síntomas, que signifiquen riesgo para sí mismos o para terceras personas, y que no puedan ser manejados en forma ambulatoria, tales como:

- Intento de suicidio.
- Ideación suicida severa
- Crisis de agitación psicomotora.

- Desajustes conductuales severos.
- Descompensación de cuadro psiquiátrico de base.
- Síndromes de intoxicación o privación de sustancias psicoactivas severas.
- Síndromes estuporosos.

Es relevante especificar que en el caso de las atenciones de urgencia el médico psiquiatra junto con definir diagnósticos y formas de tratamiento de urgencia, también puede indicar la hospitalización, con o sin la voluntad de la persona. Una hospitalización voluntaria es “aquella que nace de un acuerdo libre e informado entre el paciente y su médico tratante, basado en la comprensión de la indicación médica y/o la solicitud de la propia persona” ” (Ley n°725. Decreto n°570, 2000). O en contra de la voluntad de la persona, autorización que debe emanar del servicio regional ministerial de salud SEREMI, según reglamento N°570. Es pertinente la definición de la hospitalización no voluntaria desde la legislación actual chilena, puesto que dos de las cuatro narradoras se encontraban hospitalizadas, según sus propios relatos, en contra de su voluntad, pero ninguna de ellas tenía claridad de esta situación.

Las internaciones de carácter no voluntario corresponden a:

- a) La de urgencia no voluntaria.
- b) La administrativa.
- c) La judicial².

La “internación de urgencia no voluntaria” es dispuesta por un médico, atendiendo a que el paciente se encuentra en una situación de crisis y que no es posible contar con el consentimiento ni culminar el trámite de una internación administrativa. Sólo podrá extenderse por un período máximo de 72 horas, con el exclusivo objeto de realizar la observación indispensable para elaborar un diagnóstico médico especializado, o bien, para superar la crisis en la que se encuentra el paciente, al cabo de lo cual se determinará su alta o tratamiento; este último podrá verificarse en forma ambulatoria o bajo internación. Si es que una vez cumplido dicho plazo, la crisis del paciente continúa según la observación médica, y éste persiste en no otorgar su consentimiento a continuar el tratamiento en

² Por las características del trayecto de las narradoras de esta investigación, no nos detendremos en esta última forma de internación.

régimen de internación, se procederá a elevar los antecedentes a la autoridad sanitaria correspondiente para que resuelva, en un plazo de 72 horas, su internación administrativa. Si esta instancia la deniega se determinará su alta, comunicando la situación a la persona que actuará como su apoderado en la relación con el equipo tratante y el establecimiento que lo acoge. (Ley n°725. Decreto n°570, 2000)

Se considera como “internación administrativa” aquella que ha sido determinada por la autoridad sanitaria, a partir de la iniciativa de la autoridad policial, de la familia, del médico tratante o de cualquier miembro de la comunidad, con el fin de trasladar o internar en un centro asistencial, a una persona, aparentemente afectada por un trastorno mental, cuya conducta pone en riesgo su integridad y la de los demás, o bien, altera el orden o la tranquilidad en lugares de uso o acceso público. En el caso de que el paciente no consienta a su traslado, el apremio físico a que deba ser sometido, será el mínimo indispensable para el efecto de ser conducido al establecimiento asistencial. El cuidado de la persona y de su conducta disruptiva si se presenta, será acordado en cada caso, entre la autoridad policial y de salud presentes, aplicando un criterio de colaboración eficaz y de salvaguardia de la integridad física y psíquica del supuesto enfermo y de los terceros que puedan verse severamente afectados. Si el traslado es realizado por personal y vehículos dependientes de un centro asistencial o de instituciones encargadas del transporte de enfermos, los procedimientos de contención que deban utilizarse se ajustarán a los criterios señalados por el Ministerio de Salud, en ejercicio de sus facultades legales. La internación administrativa deberá ser reevaluada cada treinta días con la opinión de otro médico que cumpla con las características de un médico tratante e informada a la autoridad sanitaria que la ordenó hasta la proposición de su alta. Por último, este procedimiento de internación implicará registrar entre otros aspectos la individualización de su representante legal y/o de la persona que actuará como su apoderado en la relación con el equipo tratante y el establecimiento que lo acoge. (Ley n°725. Decreto n°570, 2000).

Si la persona fue hospitalizada se podrá definir si debe continuar atención en alguno de los otros dispositivos anteriormente señalados o puede ser contra-referida al centro de atención primaria que le corresponda. Por último, es la persona quien debe solicitar la atención posterior al proceso de alta de la unidad de corta estadía, esto se ha ido

modificando por la progresiva incorporación de la “continuidad de cuidados” (MINSAL, 2015) que tiene efectos en las prácticas de atención, por ejemplo la derivación asistida/acompañada de la persona, es decir, que se intenta coordinar la derivación informando desde el equipo que deriva las circunstancias de la derivación, las próximas o últimas horas de atención, busca establecer un contacto efectivo en la circulación por la red de atención, cuidando favorecer el flujo de información de la persona en los distintos equipos de atención, así busca considerar si la necesidad de cuidados y la cobertura entregada son las mismas (MINSAL, 2015), de este modo se estaría garantizando una respuesta acorde a la demanda de atención.

Por último, si bien el trayecto que la persona puede tener en este recorrido de la gran institución de salud está delimitado por las políticas públicas, no excluye y es indisociable de la propia experiencia y del relato singular que las personas signifiquen y que estos mismos recorridos producen. Así el trayecto de una persona encarnará a su vez otros trayectos de su historia y del lazo social que en ella se juega y reproduce.

4. Significaciones y trayectoria biográfica

Las trayectorias, al ser construcciones subjetivas, no sólo estarán delimitadas por lo que la institucionalidad juzga como trayecto, aunque en cierta medida las participantes de esta investigación hayan circulado en una experiencia común en la red de atención de salud mental. Se trata de una perspectiva centrada en el sujeto y su contexto. Aquí las significaciones se entenderán como “un fenómeno mediado culturalmente, cuya existencia depende de un sistema previo de símbolos compartidos” (Bruner, 1998). Su función primordial es mantener la estabilidad social a través del compartir e interpretar historias congruentes con los principios sobre los que se yergue una cultura específica. De esta manera, las significaciones representarían necesariamente una construcción contextual, narrativas culturalmente construidas y compartidas básicamente sobre cuestiones elementales para la sociedad, como la definición de lo normal y lo anormal. Así “el impacto que estas significaciones tienen en los sujetos puede apreciarse si se considera que nuestra vida depende de significados compartidos y consensuados culturalmente, los que circulan a

través del lenguaje e influyen en la naturaleza del hombre, haciendo que el sujeto se sienta obligado a actuar de acuerdo a lo socialmente establecido” (Bruner, 1998)

Por lo tanto, dependemos de las formas de discurso compartidas para negociar las diferencias de significaciones e interpretaciones. El niño entra en la vida de su familia no sólo como participante de ese grupo que negocia sus significaciones en la medida que son compartidas; al mismo tiempo hace ingreso en la cultura a la cual dicho grupo familiar se adscribe, configurando los límites más amplios en los que las significaciones son producidas por el conjunto social.

Al enfatizar la injerencia de la cultura en la producción de las significaciones, nos situamos desde una perspectiva en la cual la condición biológica de los sujetos, no es la causa de sus acciones. Como mucho, ella actúa como una restricción muy amplia. En la mayor parte de las interacciones humanas, la “realidad” es el resultado de prolongados e intrincados procesos de construcción y negociación profundamente implantados en la cultura. El conocimiento es “correcto” o “incorrecto” dependiendo de la posición que hayamos decidido tomar (Bruner, 1998).

De esta forma podemos evidenciar que la cultura también es constitutiva de la mente. En virtud de su actualización en la cultura, la significación toma una forma pública y comunitaria, en lugar de privada y autista. Las significaciones se construyen en conjunto, y fruto de la misma interacción van cambiando, en un modelo transaccional, de interpretaciones y reinterpretaciones. Así, para poder comprender al individuo, es necesario comprender sus experiencias y actos moldeados por estados intencionales, siendo la familia uno de los lugares más importantes, ya que es en esta en donde se forman los primeros lazos con la sociedad. También se debe considerar que estos estados intencionales sólo pueden plasmarse desde la interacción con la cultura, la que estaría funcionando como un entramado de significaciones que definiría la realidad visible del ser humano. Así, las personas son productos de su historia y están condicionadas por las estructuras sociales, productos y síntesis de lo sociohistórico. El conocimiento de las significaciones releva así la dimensión histórica y social del sujeto. (Bruner, 1998)

Si bien el inicio del relato de vida es producido por un narrador, éste no es el único autor del relato de vida, ya que intervienen el editor y el entrevistador. Asimismo, la

construcción del relato se produce en una situación definida por el tiempo y por las condiciones inherentes a éste, situación denominada por como “situación biográfica”, la que “influye en el relato que realiza el narrador, y en los posibles significados que éste construya en torno a su narración” (Correa, 1999).

Desde el relato de vida, es posible visualizar el desarrollo y la explicitación que los sujetos hacen de sus propias significaciones, no siendo muchas veces conscientes de ello. Como señala Cornejo (2006), esta práctica permite sumergirnos en un universo más comprensivo que explicativo, en el cual el mismo sujeto relata y significa su experiencia según su propia reflexión y reconfiguración de la experiencia vivida. En este sentido, agrega Cornejo, la ciencia no describe una realidad que es absoluta, sino fenómenos de la experiencia, lo que posibilita la relectura y por ende resignificación de estos fenómenos por parte del sujeto. Este proceso de resignificación se produce cuando el narrador confiere sentido o significa su pasado, utilizando para este fin distintos recuerdos y experiencias.

Las significaciones que las mujeres pueden señalar desde sus trayectorias biográficas e institucionales y de la permanencia prolongada en una unidad de psiquiatría puede estar ligado, en su construcción, a las influencias normativas de género que empujan a las mujeres a situaciones pasivas (en Tubert, 2001). En este sentido, interrogarse sobre el trayecto biográfico e institucional de quienes circulan por procesos de atención en servicios de salud mental a partir de las claves conceptuales sobre el patriarcado y sus concepciones de normalidad, anormalidad, tratamiento y mejoría, toma relevancia en tanto permite problematizar las construcciones de dichos conceptos y las vías de subversión para el despliegue y construcción en dichas significaciones.

Las consideraciones teóricas en este proyecto de investigación versan sobre los procesos de feminización, en la relación a la emergencia del propio deseo (Tubert, 2001) y la teorización de género como lo que desafía la pretensión de universalidad y objetividad de los sistemas tradicionales de conocimiento y de las normas aceptadas por el discurso científico, introduciendo la variable de la diferencia sexual en el centro mismo de la investigación teórica (Braidotti, 2000). Para Valls-Llobet (2011), también la perspectiva de género surge desde las ciencias sociales bajo la necesidad de identificar cómo los estereotipos llegan a condicionar las conductas de las personas y como se condicionan las

construcciones de la subjetividad de mujeres y hombres por estos estereotipos que han vivido, en sus familias, escuelas, en la sociedad en general. Es fundamental la teorización de este aspecto para la elección de la metodología, puesto que debe estar acorde a las consideraciones de la singularidad de los relatos.

La relevancia del sentido y de las significaciones sobre la diferencia sexual da cuenta de una construcción performativa. Según Tubert (2001:139) “La cadena de significante no existe como tal sin referencia a la producción de sentido, que se crea en la medida en que los significantes se encarnan en la vida singular de un sujeto”.

Por otra parte, la construcción de sentido en este recorrido institucional interroga a la relación terapéutica, en tanto también puede constituir un acto performativo, como señala Aceituno & Bornhauser (2005:122): “expresión clínica más directa en las vicisitudes del vínculo terapéutico, ahí donde el saber-poder del experto recibe un lugar definido culturalmente y donde el paciente plantea una demanda de atención profesional, pero también de reconocimiento subjetivo”.

MARCO METODOLÓGICO

1. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Analizar las significaciones sobre la feminidad en la trayectoria de mujeres que se atienden en la red de salud mental y psiquiatría del servicio de salud metropolitano sur.

Objetivos específicos

Analizar las formas de identificación a los mandatos femeninos en las trayectorias de las mujeres.

Describir las relaciones entre las trayectorias asociadas al problema de salud mental y los mandatos femeninos.

Identificar las implicancias subjetivas de las trayectorias institucionales sobre las identificaciones de las mujeres.

2. Metodología

Para lograr la emergencia del discurso propio del sujeto que padece, la metodología escogida es de tipo cualitativa. Este tipo de aproximación pertenece a una tradición particular de las ciencias sociales, que depende fundamentalmente de la observación de los actores en su propio territorio y de la interacción con ellos en su lenguaje y con sus mismos términos (Vasilachis de Gialdino, 1992). De esta manera, uno de los objetivos de la investigación cualitativa es la captación y reconstrucción de los significados presentes en el discurso del sujeto, medio por el cual se accedió a las significaciones de las mujeres que son parte de esta investigación y que permitieron re-construir distintos relatos en torno a la feminidad. El enfoque es pertinente para este estudio, ya que reconstruye sentidos, capta significados en las trayectorias o situaciones vinculadas al contexto socio-histórico en que son producidos (Ruiz, 1999).

El lenguaje usualmente utilizado en esta metodología es básicamente conceptual y metafórico; mientras que el modo de captar la información es flexible y desestructurado (Ruiz, 1999), constituyendo el par indisoluble investigación-interacción. Dicha flexibilidad permite integrar significaciones contingentes, asumiendo el papel constructivo y deconstructivo de la denominada realidad.

Concordantemente con lo anterior, los procedimientos de producción de datos en la perspectiva cualitativa son más inductivos que deductivos. Esta característica es sumamente pertinente para el abordaje del problema en esta investigación, en la medida que permite rescatar la singularidad de las distintas formas de significaciones. La construcción única y singular de cada relato, aquellos detalles, historias, escenas, síntomas y padecimientos que fueron emergiendo en cada relato constituyen lo central del aporte que esta indagación puede llegar a construir.

Para recoger e indagar las trayectorias de las mujeres a partir de sus relatos, se hizo uso de las significaciones, que constituyeron las vías de acceso privilegiado a la subjetividad de la persona. Se consideró necesario dar cuenta de algunos de estos aspectos implícitos, para poder comprender e interpretar los diversos significados que se fueron formando en la concepción del sujeto, cómo estos se interiorizan y representan diferentes sucesos y acontecimientos (Gadamer, 1996). De esta forma, se obtuvo una mirada más analítica y profunda acerca de las significaciones que se produjeron en las mujeres en determinados sucesos de su trayecto, puntos que fueron definidos por ellas mismas.

3. Enfoque Biográfico

Para indagar en las significaciones de las mujeres se utilizará el enfoque biográfico como estrategia de conocimiento, ya que es una forma de aprehender y enfrentar los fenómenos referidos al acontecer vital (Correa, 1999, p. 35). No se considera a lo biográfico como una metodología específica, sino como un enfoque teórico-metodológico que permitirá el acceso a las significaciones de una persona particular.

La elección de la aproximación biográfica comporta tres dimensiones fundamentales. Es, al mismo tiempo, una opción epistemológica, una opción ética y una

opción metodológica. En cuanto a la opción epistemológica, se destaca el alejamiento de la perspectiva positivista. Por el contrario, el enfoque biográfico parte de la idea de que hay una interdependencia que se establece entre el investigador y el sujeto de estudio, siendo imposible que el investigador ocupe un rol externo a la investigación. Se pretende acceder a la realidad subjetiva de cada persona en su singularidad (Correa, 1999), teniendo siempre como premisa que esta subjetividad involucra no sólo al sujeto que la declara en su discurso, sino también al medio al cual pertenece. De esta forma, en el relato que construye junto al investigador, no sólo refleja su mundo propio y privado, sino también una construcción polifónica compuesta por diversas voces sociales, históricas, culturales. Por esto, lo narrado en forma particular es además una muestra del medio social circundante, lo que constituye una fuente de conocimiento tanto del propio sujeto como del contexto histórico – cultural al que pertenece.

La aproximación biográfica es también una opción ética, porque sitúa la confianza como el carácter esencial de la relación entre investigador y narrador. Desde el primer momento el investigador debe preocuparse de lograr un buen contacto con el narrador, estableciendo situaciones de complicidad que facilitarán que el sujeto pueda, con toda confianza y tranquilidad, relatar tanto los aspectos considerados por él como menos importantes, como aquellos más profundos y relevantes en su vida (Correa, 1999).

La opción metodológica se refiere a la utilización de un trabajo de tipo retrospectivo, que consiste en que el sujeto se remonte al pasado a partir del presente, y desde ahí se inscriba y proyecte en el futuro. Se releva así la condición histórica del narrador, a través del ejercicio de contar su historia al investigador.

Según Toledo (2001) desde este enfoque, los sujetos son concebidos como actores sociales; es decir, como portadores de una historia propia, y poseedores de formas de ver la realidad que están determinadas por la posición que ocupan en la sociedad. Cornejo (2006) define el enfoque biográfico como “la intersección de lo social y lo psicológico, sostiene que los individuos están marcados por una dinámica contradictoria entre la acción de determinantes sociales y familiares y el trabajo que el propio sujeto efectúa sobre su historia para intentar controlar su curso y otorgarle un sentido”. Aunque las complejas relaciones entre el individuo y la cultura nunca son aprehensibles en su totalidad desde el

relato producido, se reconoce que dichas construcciones aportan a la definición del curso de la vida de cada sujeto, siendo producto, productor y actor de su propia historia.

4. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue exploratorio, ya que en el estado del arte no se encuentran investigaciones que consideren las propias construcciones de los significados en las trayectorias de enfermedad mental de las mujeres que se atienden en un sistema de redes asistenciales de salud pública en Chile. Asimismo el diseño exploratorio permitió indagar en las construcciones que emergen en el relato como aspectos problemáticos de padecimiento y malestar, considerando la normatividad de género y su impacto en el proceso de construcción de subjetividad.

5. Participantes

Las participantes fueron mujeres adultas que cumplen la condición de haberse hospitalizado en el servicio de psiquiatría del Hospital Barros Luco correspondiente a la red de salud mental del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

También se consideraron algunos criterios definidos por la institución en la selección. Se trata de criterios psicopatológicos, basados en la nosología psiquiátrica utilizada en la institución, definidos en los manuales CIE-10 y DSM IV. Son mujeres a las que se les atribuyen múltiples diagnósticos en comorbilidad, tales como depresión severa unipolar y bipolar; trastornos adaptativos y ansiosos; crisis de pánico y de angustia. Cabe consignar que los trastornos de la personalidad, fundamentalmente las categorías límite y dependiente, constituyen la etiqueta que con mayor frecuencia emana desde la institución para nombrar la condición de ellas. Otras características psicopatológicas nombradas por la institución a propósito son el descontrol de impulsos, las conductas auto lesivas y el riesgo de suicidio elevado. Presentan a su vez la denominada polifarmacia, es decir, mezcla de varios fármacos en dosis que fluctúan entre excesivas y subterapéuticas.

Las relatoras son cuatro mujeres, con edades entre 24 y 48 años. Todas refieren haber recibido atención psicológica en la infancia por variados motivos. Dos refieren haber sido medicadas en la infancia por déficit atencional y problemas de aprendizaje en el colegio. Manifiestan entre sus problemáticas actuales la sobredemanda de roles como cuidadoras y dueñas de casa, cansancio extremo, al punto de no tener deseos de seguir viviendo. Las cuatro participantes han intentado quitarse la vida, además de haberse cortado los brazos en más de una ocasión, pero sin la intención de suicidarse. En sus narraciones también aparecen episodios de ingesta elevada de fármacos y sedantes. La permanencia de sus sufrimientos por extensos periodos de tiempo es lo que las llevó a buscar ayuda en el área de salud mental. Al momento de los encuentros seguían atenciones psicológicas y psiquiátricas, recibiendo tratamiento psicoterapéutico y farmacológico.

Respecto a las características de la atención en salud mental, han solicitado y/o recibido atención en las distintas estratificaciones de la red del SSMS, correspondientes a atención primaria, secundaria, terciaria y de urgencia. Se han hospitalizado en la unidad de corta estadía psiquiátrica en una ocasión durante el año 2016. Dos de las cuatro narradoras fueron hospitalizadas en contra de su voluntad (no dieron su consentimiento por escrito y sin mediar procesos legales de la SEREMI de salud). Las otras dos narradoras solicitaron la hospitalización de forma voluntaria y una de ellas estaba en espera de su segunda hospitalización al momento del segundo y tercer encuentro de esta investigación.

Respecto al periodo que llevan en atención continua en la red de salud mental del SSMS, es un promedio de 3 años y medio, siendo la participante con menor tiempo 2 años y medio y la de mayor tiempo de atención de 5 años y medio. Estos tiempos no consideran las atenciones que todas han tenido previamente en algún dispositivo de la red pública de salud mental. Ninguna se ha atendido en dispositivos privados de salud mental o por algún profesional de forma particular.

Durante el proceso de investigación las participantes se desempeñaban principalmente como dueñas de casa. Dos de ellas no tenían desempeños laborales formales fuera del hogar con anterioridad, mientras que las otras dos sí habían trabajado formalmente, una contratada como asesora del hogar y por trabajos de cocina realizados

desde su hogar. Una de las narradoras encontraba con licencia médico psiquiátrica con el diagnóstico de depresión por más de un año, en un trabajo de secretariado.

6. Técnica de producción de la información

La técnica de levantamiento de información será la entrevista biográfica para la construcción del relato de vida. Respecto a la consigna inicial, esta fue “cuéntame tu historia de la enfermedad”. La consigna fue de carácter abierto para permitir una libertad en la construcción del relato, aunque nunca neutro, ya que el encuadre social del procedimiento en la entrevista biográfica es siempre pre-definido e influido por la presencia del oyente al que esté dirigido el discurso (Toledo, 1999).

El relato de vida permite comprender la construcción de sentido en la experiencia de las prácticas sociales y el impacto psíquico de una vivencia en particular. El relato de vida se refiere a la historia de una vida tal como la cuentan las personas que la han vivido (Bertaux, 1999:54), y está compuesta por los diversos enunciados relatados por uno o más narradores. Por lo tanto un aspecto fundamental será la co-construcción del relato, proceso que se ve facilitado en la medida que se establece una relación entre los hablantes. Por ello se decidió realizar tres encuentros con cada narradora.

El primer encuentro tuvo por finalidad invitar a la investigación y formalizar el procedimiento de firma del consentimiento, además de tomar acuerdos de contacto posterior. Se realizaron en total seis de estos primeros encuentros, donde cuatro mujeres accedieron a participar de la investigación. Las dos mujeres que declinaron señalaron que no les acomodaba ser audio-grabadas, además que una de las mujeres refirió no encontrarse anímicamente bien y la otra mujer que la tarea de recordar le podía provocar algún malestar mayor.

En este primer encuentro, que durante el proceso de la investigación tomó la forma de primeros acercamientos, las participantes realizaron preguntas de aspectos fundamentalmente relacionados con el título de la investigación, los resguardos de la confidencialidad. También aparecieron en esos primeros relatos sobre diversas situaciones de malestar: problemas derivados de la misma atención de salud mental en la institución, y

problemas actuales familiares. Considerando que las dos primeras participantes de este acercamiento inicial rechazaron la grabación de voz, se recurrió a lo que Cornejo & cols. (2005) señala como la importancia de ser flexibles en el proceso investigativo, en el sentido de poder adaptar las características del dispositivo ante situaciones particulares que así lo ameriten. De este modo se decidió para los siguientes primeros acercamientos no realizar grabación de audio y establecer conversaciones informales, propiciando un espacio de distensión y confianza con la investigadora, para poder desplegar sus relatos en un segundo momento.

Además se consideraron aspectos éticos relacionados con el lugar de la investigadora en la propia institución, cuestión que abordaré en el apartado de reflexividad de la investigadora.

El segundo encuentro estuvo destinado al despliegue y reconstrucción del relato de la trayectoria de enfermedad por cada una de las narradoras, iniciando con la consigna antes señalada y permitiendo un relato de la vivencia de cada narradora a propósito de la temática de la investigación. Durante este encuentro se profundizó e indagó en aquellos aspectos que las relatoras relacionaban con su propia trayectoria en el proceso de enfermar. Así, por ejemplo, las relatoras contaron la experiencia del inicio de la enfermedad, su proceso en la institución, su evolución en el tiempo y su estado en la actualidad.

El tercer encuentro tuvo por finalidad entregar la narración del trayecto a cada relatora, dejando espacio para una lectura compartida del relato, para conversar luego sobre sus impresiones respecto del trayecto que debe recorrer una mujer en la atención de salud mental. Este encuentro también se utilizó para clarificar puntos o complementar algunos aspectos que la relatora consideró como inconclusos. Por último se propició que cada narradora realizara el cierre de su propio relato.

Como registro de la información se utilizó una grabadora de sonido, ya que permite registrar de manera más precisa las entrevistas realizadas. Ésta técnica cumple con los requerimientos apropiados para un cuidadoso registro de la biografía del entrevistado. (Rodríguez y cols. 1996). Otra técnica usada fue las notas de campo, cuyo fin primordial es el registro de todos aquellos aspectos no accesibles a la grabadora y que la investigadora consideró relevantes.

Aunque en principio el número de participantes no estaba delimitado, siempre se consideraron los aportes de Sharim (2005:23) acerca de los criterios para la “muestra” desde esta perspectiva. Ella señala que “en el marco del enfoque biográfico, el interés no está puesto en las grandes muestras ni en el criterio de representatividad clásico. Lo singular adquiere todo su valor en tanto caso único y no por las regularidades o recurrencias que se encuentren en la cantidad de casos investigados. El acento está entonces puesto en la profundización de cada relato, en develar las distintas maneras en que las personas, a lo largo de su recorrido (...) han ido desarrollando trayectorias que incorporan de distintas maneras las determinantes de género”.

Por último, el criterio para determinar el número de relatos se inscribe el denominado “paradigma índice” (Bertaux-Wiame, 1986). Esta perspectiva propone que el análisis en profundidad de las narraciones tiende a develar las irregularidades más que lo recurrente en los discursos; los detalles por sobre las miradas globalizadoras; los quiebres más que las continuidades. En tal sentido se buscó resaltar el carácter singular y único de cada relato. Así, al mismo tiempo que la información se va saturando, se podrán encontrar en los relatos elementos singulares e irreductibles.

7. Procedimiento

Las estrategias de reclutamiento de las participantes siguieron los lineamientos de un muestreo de tipo intencionado, que se realizó de forma directa en el contexto del trabajo de la investigadora en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco. Este tuvo dos formas, la primera es que con algunas participantes se contactó en la sala de espera de la unidad de corta estadía psiquiátrica del Hospital Barros Luco mientras esperaban algún tipo de atención y/o trámite pendiente posterior a su hospitalización. Con ellas se acordó un encuentro para explicar la investigación y se intercambiaron los datos de contacto telefónico. La otra forma fue mediante contacto telefónico con mujeres que cumplían las condiciones señaladas anteriormente.³ Los datos fueron solicitados a las participantes al

³ Véase el apartado *Participantes*.

momento de alta de la unidad de corta estadía del CABL durante el año 2016, señalando si estarían interesadas en participar en una investigación y que las contactaría por teléfono para entregarles más información. Se obtuvieron diez contactos de esta forma, aunque por variados motivos contingentes sólo se concretó un primer encuentro con cuatro mujeres.

Todos los encuentros se realizaron durante los meses de octubre del 2016 y febrero del 2017. Los encuentros con mayor distancia temporal fueron entre el segundo y el tercero, siendo el de menor distancia 9 días y el más distanciado de 73 días. En el tercer encuentro se entregó a cada participante una construcción sintética de la transcripción de la narración.

En el primer encuentro las reuniones se prolongaron entre 30 y 40 minutos aproximadamente. En el segundo encuentro la reunión más breve fue de 38 minutos y la más prolongada de 118 min. El último encuentro fue el más breve, oscilando entre 23 y 37 minutos.

El lugar en el que se realizó cada encuentro fue definido por las mujeres invitadas a participar. Los primeros encuentros de vinculación y aceptación de la participación se realizaron en las casas de las narradoras o en un patio interior del Hospital Barros Luco, decisión que ellas mismas tomaron. El segundo encuentro se realizó en la casa de cada una de las cuatro participantes, quienes se encontraban solas en sus casas. Durante la entrevista de dos narradoras llegaron de sus trabajos o estudios sus hijos y/o parejas, ocasiones en las que se realizó una cordial presentación formal y se continuó la entrevista de forma individual. El tercer encuentro, también tuvo lugar en la casa de cada narradora.

La transcripción de las entrevistas se realizó de forma inmediata puesto que se buscó disminuir los factores que pudieran entorpecer la adecuada interpretación. Bertaux (1980) señala que es necesario realizarlo de esta manera, puesto que permite un proceso de formulación de preguntas y la pronta aparición de la saturación. Se utilizó para ello el modelo de notaciones de transcripción de Antaki (2005)⁴, ya que este método favorece la incorporación de elementos tales como entonación, silencios, pausas, velocidad, o rectificaciones, sirviendo para el análisis posterior de dichos elementos.

La recolección y el análisis de los datos se realizaron de forma simultánea.

⁴ Véase Anexo I.

8. Reflexividad de la investigadora en la investigación y aspectos éticos

Mi posición como investigadora requirió de una posición reflexiva, considerando especialmente que me desempeñé como psicóloga de la unidad de corta estadía psiquiátrica del hospital Barros Luco, que es precisamente uno de los dispositivos donde las narradoras se han hospitalizado. La cuestión de investigar en el propio lugar de trabajo poco a poco ha ido tomando lugar en las teorizaciones sobre investigación en ciencias sociales. Esto trae contradicciones y paradojas en los encuadres, así como también limitantes éticas, cuestiones de las que he decidido hacerme cargo por medio del análisis reflexivo de mis propias implicaciones y limitaciones producto de la opción de investigar en el propio lugar de trabajo.

De este modo, corresponde volver explícitas mis intenciones y/o prejuicios previos, las que me motivaron a investigar en el lugar donde trabajo. Durante los seis años en los que he trabajado en el hospital, he observado en distintas situaciones un rasgo del funcionamiento institucional que ha despertado mi interés como posible temática de investigación. Se trata de la escasa consideración por las implicancias psíquicas de la diferencia sexual en los procesos diagnósticos de patologías que, desde un modelo comunitario, deberían ser consideradas en su dimensión social. De este modo, aparecía en el relato de las pacientes una subjetividad escindida de la condición psiquiátrica. Desde mi práctica clínica, se podía observar como la normatividad de género quedaba reducida a una condición biológica que distanciaba al sujeto del ideal del ser mujer, que previo a esta investigación yo suponía que añadía un sufrimiento o lo enmascaraba, pero sin tener los elementos suficientes para elaborar esta cuestión.

Esta reflexión me llevó a querer investigar con estas mujeres fuera de un espacio clínico-analítico. A su vez, dada la complejidad del acceso a la muestra a través de una institución de salud, por los resguardos éticos de confidencialidad de los datos, al ser yo una trabajadora del hospital tenía acceso a estas personas, pudiendo consultarles directamente por su disponibilidad para formar parte de la investigación. En este sentido, soy consciente de la relación de poder que establezco con ellas por ser una representante de la institución, cuestión que intenté reducir de distintas maneras. Ninguna de las personas

entrevistadas fue mi paciente en procesos psicoterapéuticos individuales. A todas las participantes se les explicó que no era una investigación del hospital, enmarcándose en el trabajo de tesis de magister de la investigadora. Enfatiqué en reiteradas ocasiones que la persona no recibirá beneficio alguno en la relación con la institución de salud por participar de la investigación.

Para tener una mejor preparación respecto de las implicancias de la investigación en el propio lugar de trabajo, me incorporé como oyente durante el segundo semestre del año 2016 al seminario “métodos y aplicaciones en la etnografía actual” curso colegiado del magister de socio-antropología de la Universidad de Chile. En dicho curso una de las cuestiones que integré para mi investigación fue la reflexividad como aspecto fundamental del quehacer en la investigación en ciencias sociales, considerando especialmente los aportes de Bourdieu. Refiriéndose al lugar del investigador, este autor afirma que “el pasado social es fundamental en las ciencias sociales” (2001:92). La toma de posición del investigador respecto de aquello que busca conocer, lejos de ser una dificultad, es la condición del proceso. Así la suposición de que se investiga “desde afuera” desde una distancia respecto de un problema que pudiera garantizar una observación neutra, es una mera ilusión. No se puede huir de la historia que uno mismo porta, cuestión que el psicoanálisis también corrobora.

Aunque la historia de sufrimiento subjetivo de las narradoras emerge a través de sus propios discursos, los transferenciales y las reproducciones institucionales no pueden ser denegadas, ya que el investigador debe hacerse cargo de su propia subjetividad, tomando en cuenta la influencia que ésta ejercerá sobre la construcción del relato del otro (Rodríguez y cols., 1996).

En relación a los aspectos del Consentimiento Informado, a las cuatro narradoras se les pidió firmar un documento que formaliza su consentimiento⁵, donde se les dio a conocer de qué trata la investigación, sus objetivos y resguardos éticos.

En relación a los resguardos éticos, la información entregada por las narradoras es totalmente confidencial y expuesta solamente para fines de investigación; evaluación

⁵ Véase Anexo II

académica y publicación. Se cambiaron todos aquellos datos (nombres, fechas, lugares, etc.) que puedan exponer la identidad de las narradoras con el fin de mantener su anonimato.

Por último, se consideró la relevancia del relato cargado de sufrimiento. Para una persona recordar y relatar aquellos elementos que pueden ser dolorosos en su vida, involucrará la movilización de afectos y emociones que deben ser considerados previamente. Por ello tuve en cuenta en todo momento los planteamientos de Cornejo sobre esta cuestión: “Es necesario tener claridad en establecer un marco de escucha en una relación interpersonal íntima (cercana, cálida, empática) pero que comienza y termina siempre dentro de los límites de la investigación” (2008:8). Además se procuró tener la claridad de las vías de acceso a la atención de salud mental y terminar cada entrevista cerrando de un modo simbólico ciertas temáticas, es decir, no dejar temas abiertos ni interrumpir la entrevista por imprevistos o contingencias, lo que también se les explico a las narradoras.

9. Análisis

El dispositivo de análisis se realizó en dos momentos, el primero correspondió a la escrituración del relato de vida de cada narradora, apuntando a reconstruir la trayectoria singular que cada una de las narradoras fue relatando de acuerdo a su experiencia en primera persona. Este momento intenta ser fiel a una de las premisas fundamentales del enfoque biográfico, que es la lógica singular, intra-caso (Cornejo, 2008). El análisis acá se realizó a partir de la escucha de la trayectoria por parte de la narradora, tomando aquellos elementos principales los hitos biográficos que constituyen la experiencia de las narradoras en sus trayectorias. El objetivo de este momento del análisis fue arribar a una trayectoria reconstruida. Este concepto no es casual ni temporal, es un proceso que incorpora la subjetividad de la narradora en el relato, es la familiarización desde la propia subjetividad de quien traduce y lee con posterioridad, tomando lugar así la reconstrucción (Sharim, 2005:24).

Para el abordaje analítico del fenómeno de estudio, se incorporó la siguiente metodología propuesta por Sharim (2005):

Primero: Transcripción y análisis por doble entrada de cada relato. Se pasa de un lenguaje oral a un lenguaje escrito, se incorpora la subjetividad de la narratoria en la reconstrucción del relato, lo que tiene dos consideraciones: la sucesión temporal de la trayectoria y al mismo tiempo los ejes temáticos que la narradora fue considerando como hitos importantes en los que profundizó en su relato.

Segundo: Reconstrucción del relato. Más que apuntar a la temporalidad exacta de la concatenación de los hechos, se centra en las significaciones y el impacto subjetivo de los hitos biográficos, de acuerdo a la interpretación que va realizando la investigadora. Este texto recoge toda la narración, pero organizada de acuerdo a los ejes temáticos que le van dando al material un nuevo sentido.

Tercero: Análisis e interpretación. Es un proceso más profundo de análisis, donde el relato se organizó de acuerdo a las reflexiones que fueron apareciendo en los momentos anteriores, incorporándose cruces con los referentes del marco teórico (Sharim, 2005).

Así, el análisis de cada narración permitió un acercamiento al fenómeno, considerando las significaciones y sentidos en la trayectoria de enfermedad de una mujer que circula en la red de atención de salud mental en Chile.

El análisis de cada relato permitió generar hipótesis respecto a la temática de investigación. Hipótesis que son retomadas en el segundo momento de análisis, que se orienta hacia una mirada transversal de todo el material recogido y producido a lo largo del trabajo investigativo. “Este paso permite avanzar a una discusión de las interpretaciones del material; a la formulación de aspectos claves de la problemática en cuestión y a la explicitación de nuevas categorías de análisis que resulten pertinentes y que abren a nuevas búsquedas e investigación” (Sharim, 2005:25).

Luego correspondió realizar a un análisis transversal de los relatos singulares que ya fueron reconstruidos. Este momento se orientó a construir ejes temáticos y categorías emergentes, siguiendo los aportes de Cornejo (2008). Se adoptó una lógica transversal del inter-caso que permitió, a partir de continuidades y discontinuidades en el análisis singular de los casos del primer momento, determinar los ejes temáticos-analíticos relevantes e

hipótesis comprensivas transversales, buscando la consonancia entre estos elementos y el abordaje del fenómeno de estudio. A partir de estos ejes temáticos-analíticos, se vuelven a analizar todas las narraciones, desde la óptica de la transversalidad.

Por último se incorporaron para el análisis de relatos algunas consideraciones metodológicas derivadas de la teoría psicoanalítica, particularmente en lo referido a la injerencia de los procesos de identificación y de formación del ideal del yo en la dinámica psicosocial. Al respecto, Aceituno y Radiszcz señalan que “la principal contribución psicoanalítica a las ciencias sociales-y, por consiguiente a la investigación social- radicaría en su capacidad para desentrañar sentidos o, más precisamente, develar un sentido detrás del sentido” (115). En los relatos de las narradoras las relaciones entre lo dicho y lo no dicho se develaron a partir de lapsus, latencias, contradicciones. Reparar en estos “fallos” del relato permitió construir hipótesis no sólo sobre el ideal social de las mujeres, sino también acerca de sus consecuencias psíquicas en los procesos de salud-enfermedad, así como también sobre su relación con los imperativos culturales hacia la mujer. Para ello, se consideraron tres dimensiones fundamentales relativas a las consecuencias de la diferencia sexual, como realidad anatómica, realidad social, y también como signo de la diferencia sexual. La integración de dichas dimensiones permitió hipotetizar sobre el devenir de la feminidad, la condición de sujetos sexuados de estas mujeres, más allá de la cuestión de la enfermedad y la relación con la institución.

Para profundizar aún más en el análisis del discurso, se incorporó la teorización metodológica de Félix Recio (en Delgado & Gutiérrez, 1999). Tres conceptos del campo psicoanalítico son los trabajados por Recio, el lenguaje, el habla y el discurso. El lenguaje es la condición de existencia del inconsciente, ya que es a partir de este mismo que el inconsciente se estructura. El habla, al asignar al otro un lugar de interlocución, hace aparecer el sentido como un efecto retroactivo, en efecto narrador e investigador construyen sentidos por efecto del habla y el reconocimiento el uno del otro. El discurso será el modo de lazo social y será el lugar donde se juegan las diferentes formas de producción de goce.

Estos tres componentes, si podemos denominarlos de esta manera sin reducir su complejidad, son los que permitirán operar en el campo analítico. A la vez, son en cierta medida los mismos que permiten un encuentro narrativo o biográfico. Sin embargo, es de

alto riesgo considerar al psicoanálisis como anexo o subordinado a la lógica de investigación propia de las ciencias sociales. Se incorpora el psicoanálisis como teoría general, es decir, como un aparato que, más allá de la estructura, otorga un lugar al sujeto, al reconocer que toda estructura se comporta como tal en su propia falla. En esta investigación se incorpora la teoría psicoanalítica, en su función de teorización respecto condiciones de emergencia y producción de la subjetividad, ampliamente descritas en el marco teórico aquí propuesto.

La teoría psicoanalítica como teoría general, opera para Recio en la medida que permite situar “los elementos que estructuran los discursos. Por medio de la teoría del sujeto se puede dar cuenta del individuo, es decir de un producto que se auto-produce (...) más allá de la complementariedad sujeto-objeto, de la reflexividad, la teoría psicoanalítica señala la lógica sobre la que operan estos procesos. La autoproducción que no cesa pues no deja de fallar. (Recio en Delgado & Gutiérrez, 1999:489).

En las narraciones de esta investigación se fueron levantando categorías de la representación que la narradora hace de sí misma a través de sus enunciados, que corresponden al yo consciente; además categorías del sujeto, como sujeto del inconsciente instituido por el discurso analítico.

Para la operatividad del dispositivo de análisis se confeccionó una guía que permitiera ir ordenando los aspectos relevantes para la investigación, a su vez que posibilitara la identificación de ejes temáticos relevantes.⁶

⁶ Véase anexo III.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS⁷

Los resultados serán presentados en dos apartados. El capítulo IV será el eje analítico de los contenidos, que corresponde a los hitos relevantes en la narración y construcción de los relatos, incorporando la dimensión temporal de la producción de los mismos. Primero se presentarán desde su construcción singular, para luego dar paso a los contenidos transversales: A) La trayectoria singular y B) Trayectorias que convergen: continuidades y discontinuidades.

Por último, se presentan los resultados de la interlocución entre las narradoras y la investigadora.

1. La Trayectoria Singular

a) La construcción del origen de la enfermedad⁸ en el advenimiento de la feminidad

El origen de las trayectorias narradas, lejos de corresponder a un momento donde empieza la enfermedad de las narradoras, es un modo de organización del relato que cruzará todos y cada uno de estos. Desde las primeras hasta las últimas palabras narradas, se encuentran despliegues y vestigios de la configuración de un malestar anclado a un mito de origen, el que a su vez se encuentra estrechamente ligado a su propio advenimiento femenino, con todas sus contradicciones y complejidades, en el que aparecen relaciones de ir y venir entre las vivencias actuales y pasadas. En este sentido, la construcción del “origen”⁹ en sus historias tiene un valor “mítico” (Aceituno, 2010). Este origen debe ser

⁷ Con el objetivo de facilitar la lectura de las citas analizadas en este apartado, transcritas según el modelo de Antaki, se adjunta en este anillado una hoja con los símbolos y los tipos de fallos del discurso que representan.

⁸ Utilizaremos el concepto de “enfermedad”, ya que es el significante utilizado por todas las narradoras, para referirse a un sufrimiento o padecer que será, a la vez, considerado como la expresión de un malestar, en el sentido psicoanalítico de un problema construido en y desde la cultura, en tanto el sujeto la representa y es garante de la misma, en una relación que no puede sino ser conflictiva (Freud, 1930).

⁹ Se utilizará la conceptualización del origen que propone Aceituno (2010) en el su texto Futuro anterior: “se trata de un real, que es histórico, tanto en su determinación y experiencia singular (más que individual) y en su dimensión social. (...) Un real que toma la forma de comienzo porque es la mejor manera de señalarlo a partir del conflicto que constituye al sujeto moderno. (95)

considerado más que como un punto de inicio temporal, como una construcción a posteriori que ordena el pasado desde la actualidad, portando así las huellas que conflictos provenientes de otras temporalidades han impreso sobre dicha narración.

Las citas y fragmentos que fueron utilizados para la reconstrucción del origen mítico de la trayectoria de la enfermedad fueron rastreadas a partir de aquellos hitos que las narradoras señalan como el(los) inicio(s) de la enfermedad, ya que las significaciones conscientes e inconscientes vinculadas a la feminidad y la emergencia de un malestar, se sitúan en distintos momentos, hitos y temporalidades. Esto permitió profundizar en los contenidos que emergen en relación a la forma y tiempo en que son producidos.

Este apartado se detendrá en los orígenes de las narradoras en la singularidad de cada relato, para luego establecer algunos de los “momentos originarios” que se vinculan con el devenir mujer de cada narradora.¹⁰

i. Catalina

Catalina, es una mujer de 49 años. Tiene dos hijos: Alberto que está terminado sus estudios en una carrera de salud, y Sofía que estudia y trabaja. Antes de iniciar su relato verbalmente y en respuesta a la consigna de contar la historia de su enfermedad mental, realiza gestos, arruga el rostro como tratando de recordar algo muy lejano, realiza varios suspiros y ademanes con las manos, indicando que su situación de salud mental viene desde hace muchos tiempo (Catalina, L.5-8). Sin embargo, al iniciar su narración verbal, sitúa el comienzo de la enfermedad en el momento crítico más reciente cronológicamente hablando: “claro bueno mi enfermedad mental empezó::: de la::: fecha [hace 2 años] que el consultorio me agarró (.)” (Catalina, L.12-13) Este momento lo significa como “ahogada”, “colapso”, “la vejez me paso la cuenta” (Catalina, L. 13, 71, 19-20). Con mucha posterioridad en el relato se retomará la idea del inicio en dos momentos cronológicos distintos pero condensados:

E: antes que le diagnosticaran eso que dice de la depresión ya se sentía como afectada[

¹⁰ Las narradoras se nombran acá usando pseudónimos. Se modificaron todos aquellos datos que pudieran revelar sus identidades, de manera que se resguarde la confidencialidad de las participantes.

C: [sipo ya me sentía así(.)
 E: y eso cuando empezó?
 C: como en el noventa más o menos(.)
 E: noventa a::: mucho antes
 C: lo que pasa es que yo(.) yo la depresión me la guardaba yo no más(.)
 E: perfecto (.) y el noventa y dos qué paso?
 C: yo tuve a mi hijo (.) yo caí al hospital (.) estaba una semana en la casa (.) una semana en el hospital (.) una semana en la casa(.) otra semana en el hospital [
 E: [y por qué?]
 C: [por infección (.) por sangramie:::nto (.) y era porque tenía un pre cáncer (3) hasta::: que me sacaron el útero el ovario en el dos mil (.) y ahí yo ya no (.) como que me sentía depresi:::va (.) como que andaba llorando a escondi:::das (Catalina, L. 285-297)

El efecto de la condensación y la sobredeterminación de las relaciones entre los hitos, se materializa en la siguiente frase, la que incorpora una falla del discurso¹¹: “pero yo ya yo empecé con depresión (.) [*en el do:::s mi:::l-en el noventa po*] (...) (Catalina, L. 304). El supuesto error de fechas deja entrever una dificultad para situar el origen de las problemáticas y su ubicación temporal, confundiendo los años donde acontecieron dos hitos significativos y estrechamente relacionados de un modo inconsciente, lo que se puede interpretar como una resistencia frente a un material reprimido que el enfermo no puede nombrar ni indicar (Freud, 1923). En Catalina el origen de la enfermedad, se puede interpretar como un conflicto vinculado dialécticamente al tener un hijo y no poder tener un hijo. Cuando relata que le sacaron el útero, tiene otra falla del discurso, vinculado a esta temática, dice: al [*querer te(ner)-yo quería otro hijo*]. Aquí se puede interpretar lo no dicho en dos sentidos: primero, que Catalina ya tiene un hijo que está pronto a independizarse porque empezó a trabajar, evento que coincide temporalmente con el inicio del último tratamiento psicológico en el consultorio y que la llevó a hospitalizarse. (Catalina, L. 12-13). Así en variados momentos del relato se encontró la reiteración de esta temática, fundamentalmente a modo de fallas del discurso, pero también en representaciones conscientes de Catalina, vinculadas al estar mal, sentirse sola, haber querido tener más

¹¹ Las fallas del discurso, serán marcadas en cursiva y entre corchetes, para establecer la diferencia con el resto del relato. En cuanto al contenido de estas, serán consideradas como lo no dicho en el relato y que se expresan a modo de lapsus, latencias, contradicciones, entre otros. (Aceituno & Radiszcz, 2014). También se considerará las exaltaciones significantes (significantes que toman relevancia sobre otros en un relato) para rastrear el ideal del yo en el relato (Lacan, 1957:305).

hijos. Ejemplo de ello es la siguiente cita, que finaliza con una latencia muy prolongada: “porque igual a los cuarenta y siete años yo quería tener una guagua más chica (...) entonces eso fue gatillando toda [la:::(6)]” (Catalina, L. 301-302).

La forma de presentación del relato en Catalina nos permitirá ir reconstruyendo su trayectoria de sufrimiento o enfermedad, en parte vinculada a la problemática del deseo de un hijo como realización de la aspiración ilusoria de completitud que la cultura asigna a la maternidad (Tubert, 1998b).

ii. Claudia

Claudia, tiene 40 años, vive con sus tres hijos, (una hija y un hijo que estudian carreras universitarias y un hijo que está en la enseñanza básica). Vive también con su esposo, con quien se encuentra casada legalmente, pero no tiene en la actualidad una relación de pareja con él.

En el caso de Claudia se encontraron distintos hitos que ella sitúa como el comienzo de su enfermedad. Primero, el abandono de sus padres en la infancia. Dice: “a mi me marcaron cosas que fundamentalmente tiene que ver con no haber tenido a mis padres al lado” (Claudia, L. 389-390). Si bien ubica este hecho como un hito relevante, en tanto falta de la presencia de sus padres, no llega a elaborarlo en detalle como para revelar sus posibles actualizaciones y repeticiones. Suma a ello el tener que hacerse cargo de muchas cosas a temprana edad, enfatizando que ello fue la causa de que ahora no posea estudios formales. Dice: “mi marido empezamos de la nada sin grandes estudios (.)↓ ambos teníamos cuarto medio (.) por lo tanto yo veía pocas posibilidades de poder surgí::r” (Claudia, L. 31-32). Este énfasis nos dirige a uno de los conflictos vinculados con su feminidad, a saber, el ideal de tener una pareja para toda la vida, de mantener su relación de pareja por los hijos. Este imperativo se contradice con otro, el ideal de no hacerle daño a los hijos: “queriendo separarse es triste (.) pero si bueno (.) he asumido que quizás las cosas no son eternas y que:: (.) es lo mejor (.) para ambos (.)y::: tampoco creo que sea sano (.) que mis hijos vean como normal que sus padres no se hablen delante de sus hijos” (Claudia, L. 327-331). Al mismo tiempo que trata de justificar lo insostenible de su relación en el imperativo del ideal de la mujer como una buena esposa, justifica su falta por la vía del

imperativo de no dañar a sus hijos. En la siguiente cita se condensa parte importante del origen mítico del malestar de Claudia: “dedicarte [*cien por ciento*] a ser madre (.) e::: uno siente el vacío de::: no habe:::irse::: (.) quizá de no haberse educado más (.) no haber trabajado (.) haber sido independiente económicamente (3) creo que eso me haría falta (.) para sentirme más plena m::: (4)”.

Claudia, parece aspirar al cumplimiento de todos los ideales que la cultura deposita sobre la mujer-madre, tendencia que se ve reflejada en la exaltación del significante [*cien por ciento*]. Pero al mismo tiempo denuncia la decepción frente al vacío que la experiencia de la maternidad también comporta, lo que quiebra la ilusión de completitud que la había movilizado anteriormente a postergar o sacrificar otros aspectos de su vida.

Se puede reconstruir el origen de la trayectoria de su enfermedad como un problema vinculado a la dificultad de movilizar sus deseos, los que siempre parecen alienados al deseo del Otro. Esto la entrapa en los momentos en los que debe tomar decisiones. Cada vez que finalmente decide algo, lo hace por el ideal, sometiéndose o alienándose al deseo del Otro. Así, por ejemplo, termina hospitalizada en contra de su voluntad. A pesar de que inicialmente había rechazado internarse, luego accede a esa medida que la somete, alienándose al deseo del otro (Claudia, L. 236-244). La institución opera acá como un representante del otro: “lo último que me dijo la psicóloga (3) [nombre] tienes que ir preparando herramientas para que tu::: de una vez por todas salgas al mundo laboral” (Claudia, L.303-304). Esto se convierte en el ideal a seguir para Claudia: “porque no te puedo hablar de mujer trabajadora (.) digamos trabajadora fuera de su casa pero:::” (Claudia, L. 419-420). Refiere con pesar esta falta, dejando entrever sentimientos de vergüenza, al igual que cuando habla de su falta de estudios.

Los lugares en los que se siente segura han constituido su deseo alienado al ideal cultural de la mujer pasiva, de la mujer dueña de casa, realizada como madre, buena esposa y que mantiene constituida una familia “podemos cumplir tantos roles a la vez (.) desarrollarnos (.) ser mamá (.) trabajar (.) ser mujer (.) ser esposa (.) y eso nos da un valor enorme yo creo” (Claudia, l. 394-394). Cuando estos valores se ponen en crisis, Claudia se moviliza mediante un acto desesperado dirigido al otro que actúa como garante de su feminidad: “desde que me ocurrió la situación el se quiso quedar acá para para (.) (.) una

vez que yo::: me estabilizara (.) y me viera más sana el se iba (.) pero ha pasado un año y medio y no lo ha hecho (.)” (Claudia, L.356-359). Actuando de este modo evita la pérdida del objeto del cual depende, confirmando su sometimiento, que en el inconsciente corresponde a su feminidad “yo le insistí varias veces (.) pero asumí que [risa] tenía (.) autoridad” (Claudia, L. 244). La risa, como expresión del superyó, parece confirmar su lugar de sometimiento a la autoridad, punto que sostiene toda la construcción de su feminidad.

Claudia siente vergüenza por develar su condición de falta frente a la cultura, lo cual la vuelve más susceptible a sus imperativos, refuerzo de la crueldad superyoica que se devela en sus múltiples resistencias a la cura. En este panorama, Claudia no logra interrogarse por el lugar de su propio deseo, lo que le genera modos de malestar que no logran ser leídos por ella más allá del cumplimiento o incumplimiento de sus ideales.

Los ideales con los cuales se identifica no sólo entran en conflicto con sus deseos, ellos también suponen múltiples contradicciones entre sí. Expresión de ello es la dificultad para separarse. Constantemente tiene un lapsus referido a “ser su mujer”, “en este caso yo (.)↓ que [*soy su mujer-↓que era su mujer*]” (Claudia, L. 237), deslices que luego se esmera por corregir. Su deseo alienado al deseo del otro genera una ambivalencia que se traduce en una actitud inhibida, especialmente en aquellos momentos de su vida en los que experimenta la posibilidad de elegir.

iii. Renata

Renata tiene 25 años. Es la narradora más joven en esta investigación. Es madre de una hija de 10 años. La reconstrucción de su relato respecto al origen de la enfermedad, adquiere una forma sumamente condensada, en la que se reúnen varios episodios de su vida marcados por experiencias de malestar estrechamente vinculadas a la constitución de su feminidad.

El primer momento en el que sitúa el origen de su problemática data de hace menos de cinco años: “m desde el principio esto parte::: e con el fallecimiento de mi mamá” (Renata, P.6). Más avanzado el relato, señalará en la condensación de un fragmento aquello por lo cual su sufrimiento ha tomado distintas expresiones, las que han afectado de antaño

su salud mental. Mientras relataba la situación que concluye con la muerte de su madre señala:

“el proceso de fallecimiento de mi mamá fue bien feo en realidad también e::: e::: ella se fracturó en la tina no podían hacerle nada (.) estaba tan frágil que cualquier cosa e::: iba a empeorar su salud que ya estaba bastante empeorada e::: cayó en silla de rueda(.) empezó a no moverse mucho (3) y en ese intertanto::: (4) antes había quedado embarazada muy chica a los dieciséis años m::: el papá de mi hija también no se hizo responsable (.) volvió::: a reconocerla y nunca más lo vi(.) ese fue::: otro episodio feo en mi vida porque estaba repitiendo la historia (.) mi papá mí tampoco me crió y eso es lo que yo no quería(.) repetir la historia m::: (2) yo era bastante chica y él era bastante mayor en realidad (.) yo cuando (.) yo tenía dieciséis y el tenía veintiocho cuando lo conocí(.)” (Renata, L. 38-48)

En este fragmento de diez líneas se condensa de un modo admirable la trama que construye Renata en torno a su conflictiva psíquica de identidad femenina, al modo de una novela con la que me tomaré la libertad de reconstruir con mayor extensión que los otros relatos, atendiendo a la riqueza del material. Seguiré las huellas de los segmentos del fragmento para dar cuenta de la condensación en la construcción de su feminidad, con sus consecuentes expresiones de malestar.¹²

Fallecimiento de mi mamá: en el relato será el primero de los puntos de inicio. Es lo que inaugura la narración, aquello con lo cual responde a la consigna que yo le presento para poder reconstruir el origen: “yo aún lo recuerdo como si fuese ayer y de allí empezaron mis problemas (.) psicológicos psiquiátricos(.)” (74-76).

Fue bien feo en realidad: la muerte de la madre significada como un horror que busca en los retazos de la realidad, acudiendo a la reconstrucción de una escena dramática para ser contada: “un día nos levantamos y nos dimos cuenta que la cama tenía mucha sangre m::: la llevamos de urgencia al hospital Barros Luco y::: ella quedo internada en una sala que si mal no recuerdo no era lo que ella necesitaba estaba co:::n decía are... área de maternidad (?) no sé qué es lo que era (.) (Renata, L. 62-67). Ante el horror de la sangrienta escena que está relatando, Renata introduce una pregunta por la maternidad, quizás a causa del equívoco de su madre al tener una condición que se detallará más adelante.

¹² Para efectos prácticos subrayaré los extractos del fragmento que serán desplegados a continuación.

Ella se fracturó en la tina: La fractura aparece como el recuerdo de su falta, que termina expresándose como culpa: “sentía culpa también porque la primera fractura que tuvo ella (.) la tuvo estando sola (.) (...) una noche me había quedado con mi pololo en la casa de él (...) empecé a sentir culpa por eso por haberla dejado sola y::: y ahí empezamos empezaron mis depresiones en el CESAM=” (82-86). La alusión al encuentro con su pareja en el momento en el que su madre se accidentó, opera inconscientemente como si se hubiese tratado de una elección en la que ella se inclinó por el placer sexual en lugar del cuidado de su madre. Esta asociación vendría a reforzar sus sentimientos de culpa. La figura de la “fractura” también operará en el ámbito laboral “yo había dejado de trabajar e::: cuando ella se fracturó”; “empiezo a cuidarla yo ahí que me siento inferior”(19, 37).

Renata actualmente está con licencia médica psiquiátrica, desde hace un año aproximadamente. No se siente capaz de volver a trabajar “me estaba preparando tranquilamente para poder ir a trabajar (.) empecé a sentir que me sudaban las manos (.) que me faltaba el aire caí en el suelo a sentirme como que me faltaba el aire que mi corazón se agitaba la sensación de que me iba a morir (...) me llevaba [pareja] a la urgencia (.) a la urgencia del barro luco y ahí empezamos con el tratamiento nuevamente” (209-213; 215-216). En este relato se vuelven a condensar los elementos que articulan su malestar, el trabajo que abandona cuando su madre se fractura, el hospital donde fallece su madre y donde ella misma replica esa sensación de muerte y donde se vuelve a un tratamiento que devuelve su propia enfermedad “la depresión”.

Estaba tan frágil que cualquier cosa e::: iba a empeorar su salud (...) (3) y en ese intertanto::: (4) antes había quedado embarazada: El significante “intertanto” es una expresión propiamente chilena, que refiere a un “tiempo intermedio” (Diccionario panhispánico de dudas, 2005). En el relato de Renata fue considerado como una falla del discurso, pues no hay relación evidente entre el relato previo y el posterior. Confirma esta interpretación las pausas que se prolongan en este punto del relato, las que funcionan a modo de paréntesis. Hay allí algo no dicho, algo que ocurre en ese tiempo intermedio. Considerando el relato en su totalidad, el intertanto puede interpretarse como el origen de la propia narradora “ose ella [la madre] se dializaba antes de que yo naciera incluso (3) ella no podía tener hijos (.) no debía [sonríe] (...) y ella lo hizo igual (...) ella estuvo seis meses

hospitalizada antes de que yo naciera (.) o sea en el proceso de embarazo (.) con una posición (.) es un lio más o menos” (29-36). Así la fragilidad, el empeorar de su madre vinculado al embarazo que le dio origen, será relacionado con su propio embarazo. Se puede arriesgar acá una interpretación del lado de la identificación con la madre, ya que el fragmento continúa con: El papá de mi hija también no se hizo responsable (.) (...) otro episodio feo en mi vida porque estaba repitiendo la historia (3) mi papá mí tampoco me crió y eso es lo que yo no quería(.) repetir la historia m::: Lo que no se nombra en este fragmento es quién repite la historia de quién. El último trozo de fragmento remite a un lazo que cierra el recorrido y nos vuelve al inicio del fragmento y del relato.

Yo era bastante chica y él era bastante mayor en realidad:

R: mi mamá no puso [ríe] resistencia a la relación (.) en realidad ahí es donde debió::: (.) ahora::: que lo pienso debió haber tenido más mano dura conmigo(.) no ser ta:::n la niñita consentida que siempre fui (.)

E: m::: y por qué crees que tu mamá::: hizo eso que tú a lo mejor ahora piensa::: s (.) mirando para atrás que::: (.) que podría haberlo hecho::: de otra manera (.) por qué piensas que lo decidió así(.)

R: porque era lo único que teníamos e [ríe] (.) ella me tenía a mí y yo la tenía a ella (.) no había más (.)

En el despliegue de este retazo de fragmento nos encontramos con una sentencia dramática -aunque construida en un tiempo pretérito- que permitió avanzar en un segundo movimiento analítico: la ilusión de identidad de completitud madre-hijo (Tubert, 1998b) y las catástrofes en la anulación del deseo de dichas prescripciones culturales.

iv. María López

María, es una mujer de 48 años, convive con sus dos hijos (un hijo que finalizó recientemente la enseñanza media y una hija que aún la está cursando), además de su madre de 65 años.

Es la única narradora que solicitó expresamente tener un pseudónimo durante la entrevista, sugiriéndolo ella misma.¹³ También por su propia iniciativa le agrega un apellido al nombre de pila. Este dato es relevante, puesto que María abre su relato por la pregunta respecto de su identidad (María, L. 6-10). Ella refiere “no quiero mi nombre” (María, L.3). María, también nos relata su relación al catolicismo, “como se dice en esta vida todo se paga ya (.) yo pertenezco a una familia católica (...) porque yo no soy católica soy creyente en dios como lo que como lo que le acabo de decir que todos pagamos los errores que cometemos”. (María, L. 412-413; 418-419). En este contexto María no es un pseudónimo azaroso. Su elección corresponde a lo no dicho: no quiere su nombre y lo reemplazará por el nombre del ideal de mujer cultural religioso vinculado a una forma de maternidad asexualada (Tubert, 1993). De aquí se empieza configurar la conflictiva psíquica del sufrimiento de María en torno a la identidad de género.

La construcción del mito de origen en el caso de María reviste una diferencia respecto de las otras tres narradoras. En su relato se plasma una separación más radical, al modo de la escisión psicoanalítica, entre su identificación a la masculinidad y la feminidad, lo que de algún modo nos remite a la bisexualidad constitutiva referida por Freud (1923).

María refiere la pregunta por el origen de su enfermedad de la siguiente manera “me pongo a pensar a veces que [*lo que tengo (3) la enfermedad que tengo*] (.) será algún castigo(?)” (María, L. 420-421). Esta falla podemos identificarla sólo en la construcción de la totalidad del relato de María, puesto que señala la certeza de lo que tiene, a saber, el falo. En distintos momentos del relato María desmiente y afirma que lo tiene. Dice: “no me moví de ahí y me quede ahí aunque [*tenga que () que aunque tenga*] que hacer lo que *tenga* que hacer le dije yo a ella pero me van a atender mi cuestión acá (.) no (.) ahí si yo fui hospitalizada por psicosis, ah que [*yo ando inventando que yo tengo cosas y cuestiones acá*] (.) me hicieron un escáner (.) no estoy loca. (...) yo ya no sé a quién creerle >*si tengo lo que tengo lo que tengo*< (.) >*si tengo las dos cosas*< (.) >*o no tengo ninguna de las dos*< no sé no sé (María, L. 194-196; 321-323). Vemos en estas citas, como el significante tener o no tener se pone en juego de forma confusa, condensada, presentándose reiteradamente a lo

¹³ En los otros casos el pseudónimo lo acuñó la investigadora.

largo de su relato, y que por tanto se puede leer como una exaltación del significante. Ello apunta hacia los aspectos más profundos de su ideal del yo.

La identidad de María en algunos aspectos corresponde a la identificación con el ideal de masculinidad. Le gusta la vida social y pública, tiene un carácter, un tono de voz fuerte (María, L. 31-32; 49; 79). Esta identificación se opone claramente al ideal de su propio pseudónimo, contrastando con la pasividad de lo que representa María en tanto madre virgen y asexuada. Para Freud (1925), la coexistencia de la afirmación y desmentida del tener “pene” puede conllevar a una psicosis. A propósito de ello, la misma María menciona la psicosis. Dice: yo fui internada por psicosis cierto? que entiende por psicosis (.) una persona que se imagina cosas que inventa cosas que cree que tiene algo y no lo tiene (.) (María, 179-181). Es muy interesante que ella signifique la psicosis como alguien que inventa lo que no tiene, puesto que esto será parte importante de su malestar, expresado no sólo en la relación con su identidad, también en el plano de las relaciones que establece con los otros, donde aparecen constantemente amenazas y posibles perjuicios. La coerción social de la que es objeto a causa de su discurso y sus acciones, que constantemente cuestionan la diferencia sexual anatómica, vuelven realidad dichas amenazas.

En el caso de María, pareciera que la cultura, a través de una sanción inconsciente e hiperpotente, es el fundamento de la escisión hombre-mujer. Pero en ciertos episodios de su trayectoria la misma cultura ofrece intentos de mediación entre las identificaciones escindidas, nuevamente a través de su función sancionadora, que castiga pero también reinscribe al sujeto en el lazo social. Por ejemplo, en una ocasión los vecinos llaman a carabineros porque María le grita a sus hijos, terminando hospitalizada en la unidad de psiquiatría. Dichas posibilidades de mediación suelen ser socavadas por María. En una ocasión ella fue a solicitar atención al mismo hospital por un dolor de piernas. Su relato acerca del origen de esos dolores incorporaba el intento de una mujer por seducirla, tocándole las piernas. La imposibilidad de representar su deseo en esa escena bien podría haber sido ligada inconscientemente a lo que ella interpreta constantemente como intentos de control y opresión de parte del personal de salud. (María, L. 73-74; 147-153; 367-363).

A la luz de este caso se hace necesario integrar los aportes de Freud, Lacan y Tubert respecto de las consecuencias psíquicas de los imperativos culturales. Será importante

repensar el estatuto del problema a partir de la pregunta que nos plantea María. Independiente de su condición de desmentida, es una interrogante relativa al falo, específicamente a su estatuto simbólico: ¿Por qué una mujer que lo tiene (falo/pene) es castigada?.

Si incorporamos en la problemática las consecuencias imaginarias de la diferencia sexual anatómica, se dibuja un destino diferencial que está determinado por la significación que el patriarcado le impone, que delimita y coarta las acciones y estrategias personales. Se puede entender este orden social a su vez como una estrategia de reproducción de la especie, pero también y fundamentalmente, como la reproducción de relaciones de poder asimétricas. María parece no estar dispuesta a este sometimiento, arreglando de distintas formas las consecuencias que tiene para ella y su identidad hacer convivir aspectos que socialmente no están integrados, diferenciando radicalmente el ideal del hombre del ideal de la mujer. Al finalizar la entrevista María señala: “a:::y lamentablemente no sé qué me pasa pero (.) siempre termino pagando el pato de lo que no hago” (María, L. 473-474).

El castigo al que María se refiere, puede ser pensado como el castigo social. En el caso de María, su carácter (como lo refiere ella) es el signo de un problema de salud mental para otros, lo que la fuerza a consultar por no tener alternativas. Por los gritos que dirige a sus hijos los vecinos llamaron a carabineros, los que constataron que no había maltrato (María, L. 32-34; 47-51; 72-76; 366), pero por lo reiterado de las solicitudes de sus vecinos, ella termina accediendo a buscar atención

La sanción a la madre que grita y a la mujer que reclama son la expresión de su distancia respecto del ideal de la mujer como grupo social. De forma inconsciente María no acepta esta condición totalizante del ideal de mujer, y por lo tanto se niega a quedar en el lugar de enferma, de “mujer loca”, cuestión que a su vez taponea la conflictiva de su propio malestar. Dice:

“porque la verdad de lo que a mí me paso (.) es que yo estaba desesperada (.) pase tres meses mal con dolores en las piernas aquí y acá entonces yo creo que en estos tiempos (.) como (.) como la sociedad está (.) ven a alguien gritar >a mira la loca está gritando< haces un escándalo por tal motivo a::: a::: hace el escándalo golpiai la mesa (.) uy mira la loca está gritando esa mujer parece loca (4) la reacción que tiene uno (.) el ser humano de gritar(.) de golpear las cosas (.) de insultar a la gente (.) de de::: reclamar BUENO ME VAN A ATENDER O NO (.) >llevo tantas horas aquí< esas reacciones le hacen pensar a la gente a

esta señora está mal de la cabeza (.) esta señora está enferma (.) está mal (.) necesita un psicólogo (.) mira como grita parece una loca (4) la gente lo toma así (3)” (María, L. 355-363)

María no reconoce el estatuto simbólico de la diferencia sexual. Dice: las enfermedades las enfermedades (.) no::: (.) se dan en cualquier tipo de sexo (.) edad (.) condición social (María, L. 382-383). No logra integrar la conflictiva que en ella misma se encarna para la sociedad y por tanto su proceso de sexuación parece remitir a ambos ideales, tanto masculinos como femeninos, con la condición que sean ideales que la remitan a un lugar de superioridad en la relación sexuada.

b) Discusiones en torno a las trayectorias singulares

Si bien la singularidad de cada historia no puede ser reducida, aparecen en todos los casos elementos que estructuran el origen. Se fija en el relato un comienzo que parece remitir a otros elementos que se distribuyen a lo largo de todo el trayecto, configurándose como una construcción mítica que a la vez porta innumerables contenidos inconscientes. En este sentido, la presentación del relato de las narradoras parece estar particularmente ajeno a toda temporalidad y linealidad en su advenimiento.

Esto ocurre al mismo tiempo que se esfuerza el recuerdo y la elaboración consciente. Sin embargo, la remisión de toda la trayectoria de la enfermedad a su propio origen mítico, se encuentra sostenida en la estructura inconsciente de los relatos de las mujeres. Es aquí donde veremos el advenimiento de la feminidad, en la relación entre cultura e inconsciente.

Al rastrear los inicios de problema de salud mental relatados por las narradoras encontramos que los imperativos culturales en el devenir de la feminidad se hacen presentes. Sin embargo, cada una de estas normatividades tomara un lugar particular en el devenir femenino y el deseo de cada narradora.

El fenómeno del inicio de la enfermedad es situado en distintos hitos del relato, las narradoras realizan desvíos temporales hacia el pasado para resituar nuevos inicios que se relacionan con su malestar actual. La temporalidad de los relatos ostenta a la vez un carácter contradictorio, que no logra ser capturado por los significados asociados al origen como “inicio”, “comienzo” o “principio”.

Vemos también que hay una escasa elaboración psíquica, a modo de asociación entre los distintos eventos relatados por una misma narradora, ya que las relaciones que se despliegan en el acto narratorio no están ajenas a las “resistencias transferenciales”. Como describe Freud (1926), este tipo de transferencia opera en la medida que aísla las representaciones psíquicas, dificultando su asociación consciente. Así los hitos quedan plasmados en el acto mismo a modo de malestares inconexos, apenas vinculados por la sucesión de los eventos, expresándose más bien por la repetición de afectos displacenteros: frustración, angustia, culpa y “depresiones”.

Si incorporamos los aportes de Tubert (2001) para aportar otro sentido a esta escasez asociativa, se puede relacionar la posición de las mujeres entrevistadas como sujetos del enunciado. La posibilidad de cuestionar y cuestionarse está limitada por lo que la cultura define para ese sujeto. Las expresiones que revelan la prescripción del malestar “no tener madre”, “no poder tener hijos”, “ser madre joven”, “asumir responsabilidades tempranamente”, son todos enunciados que alienan a las narradoras y construyen en gran medida el origen del malestar, producen y reproducen la anulación de la mujer como sujeto de su propia enunciación. La continuidad en las trayectorias de la enfermedad mental sólo está dado por el afecto y el evento significante.

Así, los malestares específicos a los que refieren los inicios de la enfermedad son significados por las narradoras de una forma que deja ver las normatividades impuestas por la cultura, las significaciones que las narradoras le van atribuyendo a sus hitos están absolutamente relacionadas con los ideales culturales y se encuentran aún inconscientes.

En otro nivel de la reflexión cabe reparar en las razones por las que me he detenido específicamente a desplegar la condensación del relato relativo al origen. La trayectoria del proceso de enfermar debe tener un comienzo, un punto de soporte que permita el despliegue de una historia, en este caso de un trayecto. Aceituno (2010) plantea la pregunta de cómo opera lo real de la historia para un sujeto. Lo real tomará la forma del origen, de un comienzo que inaugura al sujeto a partir de un conflicto, el que se delimita posteriormente pero cuya eficacia sobre la historia ocurre al modo de un efecto con posterioridad. Los efectos sobre la construcción de la historia que emanan desde su destino actual, determinarán la forma de dicha narración, donde el afecto predomina por sobre las

representaciones. Así, cada trozo de fragmento analizado en el caso de Renata estaba, como fuimos detallando, plagado de estas representaciones que remiten a la construcción del origen, en tanto cultura, es así como al mismo tiempo que se rastreó la singularidad está contenida la dimensión social, en el caso de Renata las determinaciones sobre el devenir de la maternidad y la captura del sujeto por la ilusión de completitud (Tubert, 2001) ya descrita en el mismo apartado.

También fue interesante constatar cómo en las fallas del discurso se desplegaron los aspectos más conflictivos del sujeto (Aceituno & Radiszcz, 2014), ofreciéndose como puntos de condensación. Como si se fusionaran allí los eventos significados como problemáticos desde los rasgos del sufrimiento actual.

2. Trayectorias que convergen: continuidades y discontinuidades

A continuación se presentan los resultados de las categorías que emergieron como trayectorias comunes entre los relatos y que se articulan con los objetivos de la investigación. Se dividen en tres apartados: Mandatos femeninos y sus formas de identificación; Mandatos femeninos en la trayectoria de la enfermedad; y La trayectoria institucional y sus mandatos.

a) Mandatos femeninos y sus formas de identificación

i. “La mujer es el pilar de la sociedad”

Uno de los aspectos presentes en las cuatro narradoras, es que cuentan sus realidades cotidianas estrechamente vinculadas a lo que en la actualidad podríamos denominar como los roles tradicionalmente atribuidos a la mujer. Estos aparecen como anacrónicos en el contexto socio-histórico-contemporáneo, como si la modernización y las nuevas formas de identificación a la feminidad no les influyeran, remitiendo en apariencia a una época pasada de un conservadurismo extremo. Esto se puede ver incluso en el relato de la narradora más joven.

Los roles a los que refieren, tienen que ver con el cuidado del otro, el trabajo doméstico, tener hijos, una pareja. Todos los que se realizan en un lugar privado que ellas denominan “la casa”.

Respecto de las edades de las mujeres, es interesante observar que la mujer de mayor edad parece obtener una mayor satisfacción en el cumplimiento de sus roles. Por ejemplo, dice: “Si(.)↑me encantaban↑me encantaba (.) hacía pan amasado (.) hacía tortilla con bicarbonato hacía muchas cosas (.)” (Catalina, L.160). Su conflictiva con esos roles tiene más relación con la falta de reconocimiento de estos por su familia. La relatora que le sigue en edad refiere el desempeño de los roles como virtudes, dice: “a uno misma ↑le gusta decir sus virtudes (.) yo soy ordenada soy limpia barro e::: lavo esto tengo la casa::: cuidá toda acá ya. (María, L. 43-44). Las otras dos narradoras refieren más conscientemente el problema de la exigencia de los roles impuestos a las mujeres: “las mujeres tienen que ser de todo y tienen que ser muy valientes para no dejarse pasar llevar porque siempre va a ver alguien que te va a ver menos que por ser mujer hay po ahí para eso sirve para limpiar criar puede trabajar porque ya son tiempos modernos pero igual tiene todo listo (.) casi un súper héroe” (Renata, L. 511-515). El malestar atribuido al rol como exigencia que impide el desarrollo de otros aspectos de sí mismas es expresada conscientemente por las narradoras a modo de queja.

Sin embargo, las quejas y reclamos de las narradoras, no parecen movilizar ningún cuestionamiento del carácter evidentemente arbitrario de estas asignaciones. Algunas narradoras quejándose de las responsabilidades que tiene dicen: “cuesta porque teni que estar demostrando”, “porque en la casa conversaba poco menos que con los monos de la tele (Claudia, L. 397; 402 & Catalina, L. 302-303). En los relatos es como si, a pesar de la incomodidad en el rol, no pudieran hacer algo para cambiarlo, como si el rol estuviese naturalizado por ellas mismas.

Otro aspecto que resalta en tres de las narradoras es el carácter universal de “la mujer” o “ser mujer”, refiriéndose a ellas como un solo grupo social (Renata, L. 311; Catalina, L. 316-317 & Claudia, L. 392). La mujer en tanto grupo se identifica con ideales que toman el lugar de significantes. Una de las narradoras dice: “la mujer es el pilar fundamental en la sociedad” (Claudia, L. 376). Las narradoras se identifican a estos roles

que a su vez mantienen la ilusión de unidad con otras mujeres. En este sentido lo que sostiene ese “pilar fundamental de la sociedad” es la familia, y la familia tradicionalmente se desarrolla en el espacio privado del hogar.

ii. Identificación a los roles: un mundo privado

Los roles a los que las narradoras se identifican son siempre desempeñados en lo privado, en “la casa”.

La primera forma en que estas mujeres se identifican es a partir de la reproducción de un modelo que no cuestionan y que corresponde a la ilusión de unidad. A continuación presentaré fragmentos que dan cuenta de estas identificaciones de las mujeres, las que denominaré como “significaciones asociadas al rol”.

Los fragmentos son ejemplos que representarán en cierta medida los relatos compartidos. Fueron seleccionados por la alta condensación de contenidos inconscientes, lo que permite rastrear las características vinculadas en general al fenómeno que opera de un modo transversal en las historias de las narradoras. En ocasiones toman el carácter de lo no dicho, o sólo pueden ser aprehendidos considerando el relato en su totalidad. En el caso de Claudia, ella dice:

“honestamente creo que son demasiado fuerte las mujeres (.) muy fuerte (.) muy:: (.) capaces de tantas cosas a la vez (.) desarrollarnos (.) ser mamá (.) se mujer (.) ser esposa (.) y eso nos da un valor enorme yo creo (...) creo que el ser mujer es un sacrificio grande (.) ahora hay que asumirlo no más (2) y:::pero es complejo”(Claudia, L. 387-390).

Las significaciones que de allí se desprenden dan cuenta de una identificación a un ideal valorado por la sociedad, que por ende no sólo funciona a modo de exigencia sobre un grupo, sino que se vuelve un ideal esperado por y para ese grupo. Las significaciones asignadas a los roles de la mujer son la fortaleza y la capacidad.

También aparece el sacrificio representado como un ideal. Es interesante apreciar cómo este elemento opera en el siguiente fragmento, revelándose como fuente de malestar. Renata dice:

“ser mujer es muy difícil en estos tiempos porque todavía queda la cuota de machismo queda la cuota de machismo en la sociedad de que puede trabajar pero tiene que cumplir con todo ser mujer amante ama de casa madre todo y si se enferma no se puede quejar es

casi una pataleta pero si el otro está enfermo tú tienes que ir y cuidarlo” (Renata, L. 520-524)

En este relato podemos rastrear, al mismo tiempo, un malestar consciente y el imperativo que funciona como ideal. Renata parece tener consciencia del contexto histórico social en el que se produce el discurso que la deja en un lugar, que ella describirá como de inferioridad.

Las construcciones de sentido vinculadas al contexto histórico en el que los roles son producidos serán la base sobre la que las denominadas significaciones se construyen. Identificarlas nos permite pensar las condiciones sociales y subjetivas en las cuales son producidas y reproducidas por las narradoras. Recordemos que Renata es la más joven de las entrevistadas, es también la única de las cuatro narradoras que ha tenido un trabajo remunerado no vinculado a lo doméstico. Están dadas las condiciones de posibilidad para producir un discurso más crítico y contemporáneo. Dichas críticas parecen estar ligadas a su participación en el espacio público, una participación que ella misma refiere como destacada: “siempre me ha ido bien en realidad buscando trabajo m:::”; “me empezaron a ascender en mi trabajo”; “no sé si me empecé a sentir más empoderada” (Renata, L. 150-151; 156; 161). Por otra parte, tenemos el caso de Claudia, quien refiere que antes de ingresar al tratamiento en la institución no tenía amigas, que después de su internación empezó a relacionarse desde un lugar más público. No es casual que su relato también pueda incluir aspectos del contexto histórico, donde ella re-significa la relación de pareja: “si bien tuve un marido ↑ muy responsable ↑ muy muy buen padre e::: también me costó mucho lidiar con el machismo de él” (Claudia, L. 39-40). Cuestión que antes de salir de su casa para estar hospitalizada no había pensado.

Retomando la idea de “inferioridad” que nos propuso Renata como significado asociado al rol del cuidado, dice: “bueno yo deje de trabajar antes de que ella [madre] falleciera y empiezo a cuidarla yo ahí que me siento inferior” (Renata, L. 36-37). En ambos fragmentos parece ser que la diferencia sexual anatómica se pone en juego, y que ella, identificada en tanto cuerpo de mujer, queda en un lugar social de inferioridad. Pero esta identificación al cuerpo anatómico no es suficiente, puesto que podemos ver en Renata la imposibilidad de la renuncia, vivenciada como una exigencia. Esta exigencia opera de tal

manera que impide su movilidad. La pura ilusión de unidad entre el grupo social de mujeres no permite dar cuenta de ello, es decir, para que la identificación se produzca y reproduzca deben existir otras condiciones. Esto no sólo lo vemos en el caso de Renata.

La complejidad de estas dinámicas nos lleva a interrogar por qué estos imperativos, que a la vez que son atractivos por su valor en la sociedad, también conllevan sacrificios que las propias mujeres identifican en mayor o menor medida, persisten tan arraigados en su identidad, haciendo imposible para las narradores desplazarse hacia otros lugares de identificación. Veamos el caso de Catalina. Ella dice:

“ser mujer es tener a mi hijo (.) amar a mi esposo(.); “porque yo tengo que depender de mi marido (.) de mi hijo (.) y ellos tienen que trabajar (.) y mi hija no maneja (.) mi hija también trabaja (.) mi hijo tiene turno(.) o sea también sa-tiene su su polola(.) entonces yo no puedo depender (.) y no tengo plata para decir ya tomo un taxi y me voy al centro (.) no (.) entonces digo (.) voy a volver a mi casa y va a ser la misma rutina de de siempre (.) (Catalina, L. 317; 391-398)

Las condiciones en que se producen los imperativos también tienen estrecha relación con los ideales que hemos introyectado desde la infancia, y a las figuras a quienes nos hemos identificado.

En los relatos estos aspectos no son evidentes. Debemos inferirlos por sus vestigios actuales. En el fragmento del caso de Catalina, los roles e ideales culturales se vuelven imperativos alienados a su cuerpo anatómico y a su feminidad. Debemos considerar aquí el aspecto dramático de la producción y reproducción del ideal, puesto que de allí devendrá el sufrimiento que ella señala como “depender”. Las huellas presentes en este relato nos indicarán que las identificaciones primarias fueron apresuradas, estableciéndose sin darle tiempo al yo para reforzarse y frenar en cierta medida las imposiciones del superyó paterno (Freud, 1923). En el caso de Catalina, sabemos de su carencia materna en la infancia, la que refiere como “no tuve madre”(Catalina, L. 55) Otros vestigios del relato nos llevan a inferir su fuerte creencia en “dios” (Catalina, L.314). Ambos aspectos indican que la represión en la que participa el superyó operó tempranamente, sin estar el yo fortalecido por el juego entre el yo y el yo ideal en la etapa edípica, seguramente reproduciendo el ideal de otra figura significativa de la crianza en un contexto social complejo. Esto parece influir en lo

que Catalina no podrá integrar más adelante, manifestando su descontento respecto a la dependencia y ausencia de los otros por los cuales ella se ha preocupado siempre, función que habrá sido parte de su rol desde muy temprana edad. Veremos como esto impactará posteriormente en su enfermedad, llegando a despojarla del deseo de vivir.

En los casos de Catalina, Claudia y Renata, se ha iniciado la cadena de reproducción del ideal de un modo inconsciente. He aquí algunas citas que dan cuenta de la reproducción de los mandatos femeninos: “porque mi hija e::: me contaba las pastillas (.) me decía mami(.) te tomaste las pastillas”; “enseñar a mi hija(.) para que ella ()siempre en la cocina”; “yo me refugiaba en ella (.) entonces claro si bien ella entre sus (.) de acuerdo a su edad me trataba de:::> fijate que casi actuó el rol de mamá”; “mi hija preocupada mamá te tomaste los medicamentos? Y eso me hacía más mal o sea a mi que mi hija de ocho años estuviera preocupada por mi” (Catalina, L. 107; 168-169; Claudia, L. 135-137; Renata, L. 452-453). De distintas formas van reproduciendo los aspectos que marcan los roles que asumen como propios en tanto mujeres, donde el rol del cuidado cobra particular preponderancia.

Al mismo tiempo que damos cuenta de la reproducción de los ideales que modelan los roles a los que las narradoras se identifican, se vislumbran los efectos que esos modelos tienen sobre el deseo de algunas de las narradoras. Renata dice, refiriéndose al ser mujer: “una carga tremenda (.) porque tienes que ser de todo (.) tienes que ser mujer mamá ama de casa cocinera o sea yo hubiese preferido que mi hija hubiese sido hombre” (Renata, L. 510-515). En esta sentencia, respecto al sexo de su hija, se revela la condición sexuada en su relación con los efectos imaginarios de la diferencia anatómica, la imposibilidad de Renata de proyectar un destino diferente para su hija por tener una anatomía determinada. En la misma lógica Renata no puede dejar de producir el mismo cuidado que su madre le prescribió a ella, puesto que no logra reconocer otras formas de sexuación para la feminidad. Así la reproducción también opera como la transmisión de una herencia materializada en el rol del cuidado, la que se despliega en su discurso a modo de falla. Dice: “la hija nuevamente o sea la hija cuidando a la mamá” (Renata, L. 326). La conflictiva singular en Renata remite a la imposibilidad de distinguir quién cuida a quién, o más allá de ello, no poder establecer si es que ese alguien requiere de su cuidado. Del relato

en su completitud, podemos interpretar que será Renata la que quiere cuidado, pero el cuidado de otros será lo rechazado por su desavenencia con su identificación femenina. Esto ofrece a su vez, variadas formas de resolución que concluirán en una reproducción singular transmitida a la hija. El carácter singular de cada caso aparece incluso en las formas de reproducción de los ideales.

El rol del cuidado es fundamental en los relatos de las narradoras. Las cuatro narradoras se encuentran cuidando a otros, fundamentalmente a aquellos con quienes viven, al ser ellas las encargadas de las tareas domésticas.

Respecto al cuidado de las madres desplegaré aquí un aspecto que me pareció importante problematizar, pues no había encontrado material teórico que me permita construirlo. Dos de las narradoras siempre han vivido con sus madres. Se pudo reconstruir de sus historias que la relación entre el cuidado madre-hija e hija-madre está naturalizado en una relación dialéctica, dinámica que no se problematiza en lo absoluto. Sin caer en un esencialismo, señalaré que la relación de amor a través del cuidado mutuo se expresa de distintas maneras, pero sin lugar a dudas algo de la ilusión de la completitud se pone en juego. Aquí presento algunos fragmentos:

“[relación con su madre]pasamos muy(.) momentos muy difi::ciles (.) entonces(.) no me iba a negar nada (.) hacía lo imposible para que yo:: e:: yo tuviese lo que quería (.) si bien y yo me daba cuenta que no le podía pedir grandes cosas (.) pero:: si le pedía algo:: necesitábamos algo:: (.) ella buscaba y de alguna forma lo obtenía”; “ahora que lo pienso debió haber tenido más mano dura conmigo(.) no ser ta::n la niña consentida que siempre fui (.)”; “porque era lo único que teníamos e [rie] (.) ella me tenía a mí y yo la tenía a ella (.) no había más”; “renuncie apurada por el hecho de cuidar a mi madre(.)”; “porque mi mamá cuando a mí me pasa algo e:: reacciona de otra manera (.) >pero que te pasa [nombre] qué te pasa< que tení que tení que te duele”; “[en la hospitalización]si tu mamá estaba aquí te daba te estaba dando sémola con leche [susurra].”; “mi mamá fue operada de un seno yo tengo que hacerle la radiografía cada tres años”. (Renata, L. 58-61;49-51;55-56;24-25 & María, L. 259-260; 238-239; 370-371).

En relación a la ilusión de completitud (Tubert, 1998b) que se le ofrece a la madre en relación a su hijo. Vemos en el caso de Renata que se presenta una relación ambivalente, por la dependencia hacia su madre. Parece ser que ella queda depositada en el lugar que completa a la madre, lo que se mantuvo hasta que esta fallece. Dice: “no sabía que iba a

hacer sin ella porque yo nunca viví sola”(Renata, L.81). Sin embargo, su pareja ya se había ido a vivir con ella. Esto lo podemos interpretar en la línea de la gran relevancia que la figura de su madre ostentaba psíquicamente. Es a partir del fallecimiento de la madre que Renata manifiesta muchos malestares (Renata, L. 8-11), y buscará desesperadamente ese rol de cuidado, no sólo para ella, sino también alguien que cuide a su hija (Renata, L. 476-478), dada la sensación de desamparo que le ha ocasionado esa pérdida y la ambivalencia del rol del cuidado. Ser cuidadora de su madre antes que esta falleciera restringió sus posibilidades laborales. En reiteradas ocasiones señalará que debió dejar de trabajar para cuidar a su madre, e incluso que esto le provocó un sentimiento de inferioridad (Renata, L. 36-37). Renata termina delegando en su suegra el cuidado de su hija. Dice: “porque quería no saber de nadie mi suegra venía se llevaba a mi hija (...) mi suegra se lleva a mi hija y empecé agredirme” (Renata, L. 450-451; 457). Pareciera ser que Renata configura toda una conflictiva en la ambivalencia del cuidado. Como si quisiera ser cuidada pero no quiere cuidar a otros, o no le gusta. Por ello operaría la culpa y los castigos que de ella derivan.

En alguna medida, todas las narradoras exigen el ser cuidadas. Si no estaban las madres, entonces trasladaban esta necesidad a sus parejas o hijos, aunque estos fueran hombres. Esto parece mostrar que el cuidado remitiría a algunas significaciones vinculadas a la feminidad, pero también a otras ligadas a la masculinidad. El cuidado vinculado a la feminidad lo relacionan con las funciones domésticas y cotidianas de cuidar a otro, por tanto un cuidado en el espacio privado. En el caso de las funciones que se asocian a la masculinidad, corresponden con acciones desplegadas sobre el espacio público, como la provisión y la protección. Así vuelven a aparecer lo que podría considerarse como concomitantes psíquicas de la división sexual del trabajo.

El trabajo privado, doméstico, el lugar de la reproducción al que son confinadas, a diferencia de la producción en un sentido del crear en lo público, opera así como una de las fuentes de los malestares actuales de las narradoras.

iii. Discusiones sobre los mandatos femeninos y sus formas de identificación

Para las formas de construcciones de las identidades de las narradoras vemos que van influyendo en distintas medidas los imperativos en cuanto al rol que devienen ideales,

en tanto fueron incorporados por los antepasados y reproducidos por figuras significativas, así se garantiza el orden de la cultura que ha ellas les fue transmitido.

A su vez, si consideramos a las narradoras como productoras y reproductoras del el contexto histórico contemporáneo, vemos que representan un residuo de la cultura situada también en otra época, por tanto representarán una especie de minoría que a su vez es discriminada y menospreciada doblemente, ya que no encuentra reconocimiento a su identidad, pues está sometida a un ideal obsoleto en gran medida en nuestra cultura contemporánea que tiene un nuevo ideal de mujer en “tiempos modernos” (Renata, L. 514), concepto utilizado por Renata que da cuenta de una mujer que debe hacer de todo, roles tradicionales, amante, trabajar y además valiente para no dejar que la pasen a llevar.

Los roles de género de la mujer grupo social que recorren la trayectoria biográfica de estas mujeres, se presentan en una complejidad de interacción entre: El rol prescrito: que sería el rol asignado a la mujer como grupo a modo de imperativo, vemos que en los casos investigados son fundamentalmente roles de reproducción, a excepción del trabajo, que marcó la diferencia significativa respecto de la conciencia del contexto histórico que produce por ejemplo el machismo, esta diferencia se observó entre aquellas que trabajaban de las que no y también de aquellas que han participado de un espacio público.

Las formas de identificación y las significaciones, nos permitieron reconstruir las feminidades, sin embargo estas no pueden ser acotadas al trayecto de enfermedad mental, aunque se puede reflexionar en torno a las implicancias en el enfermar ya que puede vincularse el malestar directamente arraigadas a las prescripción edípica mediante el ideal del yo y el superyó, pero esto no necesariamente será exclusivo de las mujeres como sujetos sexuados, será interesante pensar esto en los estudios de la masculinidad y sus imperativos culturales.

Otra reflexión es que la convivencia prolongada y asociada al cuidado de la madre en la relación madre-hija también funciona a modo de ideal cultural, y produce otro núcleo de identificaciones esperables para cada sexo, mediante las mascaradas e imposturas, que permiten al sujeto ocupar el lugar de causa del deseo (Lacan, 1958).

Por otra parte si consideramos a Freud (1910) la madre en tanto madre tiene un peso histórico-social del cual es inseparable, cumple la función de primera elección de objeto de

amor en la fase pre-edípica, será importante permitir la problematización de dichos elementos en la singularidad de cada relato en el caso de las mujeres que viven con sus madres.

Por último, considerando la completitud de los relatos en las complejas redes que los circundan, nos arriesgaremos a interpretar de los vestigios de los relatos de tres de las narradoras corresponderían a la forma de identificación clásica Freudiana de identificación con la madre (Freud, 1910) y la otra narradora se identificaría al objeto de deseo de la madre, el falo.

Sin embargo en la elección del objeto de amor, no necesariamente coinciden con el opuesto a sus identificaciones o al menos en su totalidad, por ejemplo, parece ser que el sentimiento de completitud con la madre descrito por una de las narradoras, se actualiza de un modo pre-edípico, posterior al fallecimiento de la madre y retomando el objeto de amor primario hacia esta.

Además en todos los casos existen vestigios de la bisexualidad constitutiva, siendo el de mayor intensidad y expresión el caso de María, en ella se analizaron identificaciones a la masculinidad y feminidad, que se expresan como confusión, tener o no tener, cuál es la verdad, ideas persecutorias, temor, necesidad de someterse al lugar de pasividad que le corresponde por su condición anatómica de mujer, pero al mismo tiempo elegir las formas de sometimiento.

b) Mandatos femeninos en la trayectoria de la enfermedad

Seguiremos este relato con las representaciones que las narradoras realizan conscientemente sobre la enfermedad, y veremos cómo se presentan contradicciones encubiertas por el mismo ideal y su relación a la enfermedad.

Cabe señalar que las cuatro narradoras consideran que están enfermas de su salud mental. Las formas particulares de identificación a ella serán revisadas en el siguiente apartado por constituir el aspecto fundamental de la relación con la institución.

i. “Me hizo falta mi madre”

Tres de las narradoras señalan conscientemente que su enfermedad mental de alguna forma está ligada a las carencias en la infancia. Sin embargo, la relación específica entre ambos momentos siempre queda del lado de lo no dicho. Significan la ausencia de alguno de sus progenitores como determinante en los orígenes actuales de la enfermedad, falta que significan como una “marca” que no ha podido ser superada, generando consecuencias que hasta el día de hoy les hacen daño.

En los análisis de sus relatos se pudo construir que la falta de uno de los progenitores en la infancia es representada conscientemente para las narradoras como una adversidad que originó problemas que les dificultan sus relaciones sociales actuales, originando rasgos que rechazan de sí mismas.

Por otra parte, cabe considerar que la significación de la carencia de uno de los progenitores como un problema que trae variadas consecuencias en la salud mental corresponde a un ideal social de familia, el cual operará en las significaciones asociadas en tanto sujeto sexuado. Este ideal prescribirá lo que podemos ejemplificar con el siguiente relato:

“esto también me da pena (.) ahora hay claramente gente que sufre harto mas cachai (.) que pasa por problemas muy serios muy serios (.) pero a mí me marcaron cosas que fundamentalmente tiene que ver con no haber tenido a mis padres al lado (.) porque siento que son tu seguridad (.)”; (Claudia, L. 389-391)

Las significaciones asociadas a los padres como “son tu seguridad” representan el ideal cultural de los progenitores que en Claudia está operando. Es interesante como Claudia refiere la existencia de sufrimientos mayores, dejando abierta la posibilidad de problematizar el sufrimiento por la falta de los progenitores y anticiparse a la cuestión del ideal en términos inconscientes.

Vimos ya que las narradoras se someten a los imperativos de la cultura por distintas vías de identificación, asumiendo ideales que actúan de forma rigurosa y castigadora. Un ejemplo de ello es el acto de cortarse los brazos en Renata, cuando se niega a asumir el rol del cuidado de su hija, por la culpa consciente e inconsciente que ello le genera a causa del rechazo del imperativo del cuidado materno (Renata, L. 456-459), elemento constitutivo de

su identidad. Esa exigencia del ideal, es impugnada por la valoración de las relaciones sociales vinculadas al espacio público, lo que al menos abre un camino en el que podrían sus deseos podrían encontrar nuevos objetos (Renata, L. 150-151).

ii. Sobredemanda de roles

Los roles impuestos a la mujer como grupo social son los que con mayor facilidad identifican las narradoras como vinculados a su enfermedad de un modo directo. Esto ocurre en tres de las narradoras, y lo representaré con uno de los pasajes. Renata dice:

“salía todas las mañanas con culpa porque salía seis y media de la mañana y volvía casi a las ocho de la noche nueve (.) mi hija quedaba con una persona que la cuidaba después de ir al colegio e::: me apuraba mucho por llegar aquí a hacer las cosas en la casa y empecé a caer en ese sistema de todos los días salir con culpa (.) todos los días llegar apresurada a hacer cosas rápido rápido y y me empezaron a ascender en mi trabajo yo me acuerdo pero sin una remuneración(.)” (Renata, L. 152-157)

En el fragmento podemos ver que se señala el sentimiento de culpa asociado a la prolongada jornada laboral. Tener que dejar a su hija al cuidado de otro, se anuda con la singular ambivalencia que tiene Renata respecto del rol del cuidado, rol que siente como un imperativo que la coacciona, pero al cual debe responder. Frente a otros roles domésticos que le son asignados como responsabilidad por ser mujer, ella responde por la internalización de los mismos. Esos mandatos son constantemente exigidos por su esposo y otras figuras femeninas, como su suegra (Renata, L. 521-522; 478), dificultando aún más la movilidad o cuestionamiento de estos roles. El significante “caer” que Renata asocia a la depresión al decir: “caí en depresión no me daban ganas de salir a ninguna parte::: de estar so:::la ↑llorar culparme” (Renata, L. 78-79), se relaciona con la culpa, asociándose a la vez con la culpa ante el fallecimiento de su madre (Renata, L. 83-85). Las formas de despliegue de los relatos nos vuelven a remitir a la construcción del origen de la enfermedad como el producto de un complejo entramado.

Esta posición frente a las exigencias asociadas a los roles también está presente en otras dos narradoras. Catalina también debe cumplir roles que son parte de su construcción de feminidad, sin embargo en su caso los mandatos asociados a la feminidad están

integrados de tal forma en la identificación que le han permitido disfrutar de ellos. Sin embargo, tras la pérdida paulatina de los sujetos para los cuales operaba cotidianamente su feminidad y que hacían de su presencia algo necesario, fue enfermado, imposibilitado de movilizar sus deseos hacia otras actividades, a causa de su rígido arraigo en su identificación temprana. Dice:

C: porque me veían bien (.) porque sabían que yo llora:::ba en el momento que yo estaba sola (.) me desahogaba (.) entonces cuando ellos llegaban yo ya me sentía bien (.)

E: o sea usted genuinamente se sentía bien cuando ellos llegaban [

M: claro (.) porque yo llora:::ba (.) ya había (.) ya estaba más tranqui:::la y trataba de hacerles lo más que podía (.) y ahí entonces=

E: =disculpa (.) a que te refieres con que trataba de hacerles lo más que podía?

M:era::: (.) los trataba de regalinear (.) de hacerle cosas (.) o los llamaba que quieren comer hoy día? (.) por qué (.) porque yo ya había llorado todo lo que tenía que llorar en el día =”
(Catalina, L. 145-152)

En la historia de Catalina, el asumir los imperativos propiamente femeninos le ocasionan un disfrute. El problema se presenta en la medida en que ella va perdiendo el reconocimiento familiar de estos roles, lo que da lugar a la enfermedad en la medida que los soportes de su identificación femenina se debilitan. De ahí derivarían sus reclamos por reconocimiento y atención. Todos estos aspectos operan de un modo inconsciente, siendo identificables a partir de los vestigios que su relato va dejando.

Por último presentaré el relato de Claudia, donde ella refiere la hospitalización como una vía para salir de la casa. Dice: “fue lo mejor que pudieron haber hecho conmigo haberme sacado de la casa un tiempo y y a ver e::: haberme ocupado solo de mi (.)” (Claudia, L.95-96). En este fragmento, la demanda de “la casa” se transforman en un impedimento para que Claudia encuentre nuevas formas de satisfacción por la vía de la preocupación por sí misma.

Respecto al cansancio por la realización de los roles, está presente en dos de las narradoras. En Catalina no se presenta esta queja, parece ser que ella anhelara recuperar aquellos roles que antes de su enfermedad realizaba, enfermedad física que ella misma no logra explicar muy bien. Esta comienza después del nacimiento de su hijo, tras la

extracción quirúrgica de su útero. Desde entonces experimenta un fuerte dolor, dolor físico que expresará su sufrimiento psíquico por no poder tener otro hijo (Catalina, 299-302).

iii. La mujer como receptáculo

En el relato de todas las narradoras la mujer es un significativo vacío para ser llenado. Desplegaré a continuación las formas en que las mujeres colman ese vacío de sentido en la medida que se someten a los designios de otros. Claudia, al significar la diferencia entre hombres y mujeres refiere: “ellos [los hombres] son un poco más e::: (.) más simples (.) por ende (.) tal vez se enfocan en una cosa (.) y::: (5) e::: y::: se enfocan en una cosa y::: la carga del resto recae mucho sobre uno (4)” (Claudia, L. 396-398). Si consideramos que en el sistema patriarcal es el hombre quien tiene el poder en la jerarquía de los sexos, lo que para Claudia se traduciría en que ellos pueden dedicarse sólo a una cosa, el “resto” sobrante corresponde a los roles no deseados, roles puramente reproductivos depositados en el cuerpo-mujer. Los fundamentos ideológicos del sistema patriarcal parecen reproducirse de forma ejemplar en los relatos de las narradoras.

Si consideramos la expresión “la carga del resto” (Claudia, L. 397), aquello de lo cual el otro, en este caso el hombre, no puede hacerse cargo, será delegado sobre la mujer. Así se significará su feminidad como un recipiente que acoge pasivamente lo que otros no quieren o no pueden hacerse cargo. Asumir tal carga implica la dualidad entre la omnipotencia de contener ese resto, o sea, lo que excede la capacidad del otro; pero al mismo tiempo, es lo que el otro rechaza como resto. Estos dos aspectos los vemos en el despliegue de la maternidad donde cuerpo y deseo tiene variadas convergencias y divergencias.

En dos de las narradoras, a través de los relatos que describen la relación con sus hijos, se puede observar que estos toman un lugar de completitud en el sentido ilusorio que les ofreció la cultura, y que a su vez revelan los aspectos reprimidos de sus deseos. Así, ante la amenaza de pérdida de la completitud emprenden demandas de reconocimiento.

En el caso de Catalina, la extirpación del útero como el recipiente que podía contener a un nuevo hijo, le provocó mucho sufrimiento. Esto se reactualiza, la sensación de pérdida, cuando su hijo ya mayor decide irse de la casa, ocasión en la que Catalina tiene

una recaída. A través de variados fallos del discurso Catalina posiciona la conflictiva de su salud mental en la relación interrumpida con su hijo, y así la con él se torna decididamente ambivalente, buscando retenerlo al mismo tiempo que lo autoriza a salir de su hogar. Me tomaré la libertad de extraer un párrafo amplio de las transcripciones que me parece puede describir el escenario en que Catalina inicia una demanda de reconocimiento:

C: no sé como que me daba pena (.) incluso le dije un día a mi hijo que yo estaba cansa que no quería seguir viviendo y mi hijo se puso a llorar () tarde(.) me abrazo (.) me dijo que si tu te mori yo también me muero contigo

E: y qué sintió usted cuando su hi-

C: nada po (.) lo único que () decirle (.) mira hijo tu estay grande (.) teni ... años (.) soy-vay a ser un profesional (.) literalmente profesional (.) y yo que fui mamá a los doce ocho años más o menos e::: fui mamá y aquí me vei po (.) toda jodia pero al menos le dimos los estudios (2) entonces yo::: le digo a mi hijo ahora () ya estoy cansa(.) y hay días que se me aprieta la cabeza (.) y yo voy a llegar a la casa y me voy a tomar(.) todos los diazepan (se acabó la) tontera. (Catalina, L. 221-230)

Las otras narradoras, también demandan a sus hijos en una relación ambivalente, Claudia relata las actitudes que sus hijos adoptan después de su intento de quitarse la vida. Antes de ese evento ella había perdido el protagonismo familiar, se sentía sola. La movilización que provoca su acto vuelve a organizar a la familia:

“me da me da tristeza porque marque mucho la vida de mis hijos(.) ellos tomaron diferentes actitudes (.) uno::: el niño de al medio me intentaba comprende::: r y apoyar mucho (3) e::: mi hijo más pequeño vivió las dos situaciones (.) y quedó muy marcado (.) creo que los tres hasta el día de hoy están::: están ↑ superándolo (.) e::: pero a mi hijo menor creo que fue al más que dañe porque inclusive (le dañe hasta) su salud (.) pasó por una situación de estrés delicada y::: (.) cosa que no no en forma frecuente ocurre que el estrés a él lo::: le pasa la cuenta en la salud (.) y mi hija mayor bueno (.) desde que yo caí al hospital (.) tuvo una actitud fría conmigo (.) >de hecho eso era lo que más me hacía sufrir mientras estaba allá porque nuca recibí la visita de ella < (.) fría distante”. (Claudia, L.121-130).

Parece ser que de un modo inconsciente el acto de Claudia, reposiciona su rol del pilar de la familia, sus hijos vuelven a participar de la escena, retomando así el lugar que había perdido y que amenazaba su identidad en esa pérdida. En las historias de Catalina y Claudia ellas logran retener el objeto de su completitud mediante la amenaza de muerte. Claudia señala:

“el no haberme desarrollado (.) no sé si profesionalmente (.) creo que::: eso ya::: se lo voy a dejar a mis hijos (.) pero::: (.) si hacer cosas que alimenten un poco mi mi vida (.) mi vida diaria (.) porque dedicarte cien por ciento a ser madre (.) e::: uno siente el vacío de::: no habe:::irse::: (.) quizá de no haberse educado más (.) no haber trabajado (.) haber sido independiente económicamente (3) creo que eso e haría falta (.) para sentirme más plena m::: (4)” (Claudia, L. 168-173).

En el fragmento, aparece lo dramático de la experiencia del vacío. Consideremos por ejemplo a Claudia, quien es dueña de casa hace 25 años y que nunca ha trabajado. La posibilidad de separarse abrió en ella una enorme angustia, incertidumbre frente a la confrontación con su propia falta, que estaba taponeada por el cumplimiento de los ideales culturales.

Me interesa en este punto reparar sobre el carácter extremo de la imposibilidad de la emergencia del deseo en las mujeres entrevistadas. Sus historias son historias de mujeres que son por otros y para otros, absolutamente sometidas a roles de reproducción, con elecciones de parejas que por distintas vías reproducen el lugar de superioridad del hombre sobre la mujer, y que en la cotidianidad mantienen relaciones de pareja insatisfactorias en términos sexuales, a causa de que en este contexto de sometimiento a los ideales, ellas mismas no logran reconocer sus propios deseos.

Esto se puede ver en el caso de Catalina. Ella relata habla sobre su sometimiento al deseo sexual del otro, asumiéndolo como una condición natural, relacionándolo a la vez con un problema de salud físico que justificaría su imposibilidad de desear en el plano sexual. Así, su discurso establece que una mujer normal corresponde a aquella que satisface el deseo del otro. Catalina (L. 318-347) relata que no mantiene relaciones sexuales, y que en las ocasiones en que ella accede es por satisfacer a su esposo. Dice: “porque soy operada (.) entonces no puedo (.) no puedo hacer () (.) si tengo relaciones (.) es porque (.) para que el tenga sus deseos nada más (.)”; “finjo cuando tuvimos relaciones”. Señala que finge por dolores, ella esta operada de la vejiga y el ano, y también le han sacado el útero. La cuestión parece quedar más del lado simbólico de su feminidad, en la relación a su cuerpo “operado”: “porque siento dolor (.) siento molestia adentro(.) entonces no siento el deseo como una <mujer sana>”, “entonces yo creo que es difícil una mujer que sea así”. Esta dificultad le impide sentirse como una mujer, considerando el ideal de la mujer como

aquella que satisface el deseo de un hombre. No integra otras formas de placer sexual, al mismo tiempo que se somete a este imperativo que traspasa su corporalidad a través del dolor, es decir, ella se somete al imperativo, por sobre lo que ella misma reconoce que su cuerpo necesita. A continuación ella explica, por qué oculta esta situación. Ella dice:

E: [estos dolores también los oculta

C: si claro (.) también los oculto(.) >mi marido no sabe< (.)

E: y porque será (.) Catalina (.) que usted oculta las cosas? (.)

C: °es que::: igual me da lata que mi marido se ente:::re (.) que no siento nada po°

E: y porque le da lata eso?

C: porque::: (.) no sé (.) no sé (.) pero es que me due:::le(.) me da(.) me da pe:::na(.) me gustaría ser una mujer normal(.) pero yo sé que no lo voy a poder hacer (.)

E: m

E: y a qué se refiere usted con una mujer normal? Qué sería para usted ser una mujer normal?=
C: =↑de poder tener relaciones y::: ↑sentir lo que siente una mujer normal po(5) m::: y que el sienta como ↑hombre (.) como realmente debería uno ↑darle po(.) y que el pueda sentir=
(Catalina, L. 318-347)

El deseo femenino queda reducido al deseo sexual genital, impidiendo la pregunta por otras formas del deseo y del placer. Construcción que nuevamente se corresponde con la reproducción de un sistema patriarcal donde la mujer es reducida al lugar de sujeto del enunciado.

iv. Discusiones sobre los mandatos femeninos en la trayectoria de la enfermedad

En todas las narradoras que refieren la carencia de uno de los progenitores, la falta de la madre o el padre queda sólo enunciada, sin elaborarse el vínculo que uniría dicho antecedente con la enfermedad. Esta marcada dificultad en la elaboración se traducirá en ciertos aspectos de los padeceres actuales, marcados por férreas repeticiones del síntoma y la actuación como forma preponderante en la relación con los otros.

El problema del ideal presente en todas las narradoras, que queda como puro enunciado, es algo que se repite en variadas situaciones vinculadas a enfermar. También podemos observar que la elaboración en cuanto a las asociaciones conscientes e inconscientes es variada, por lo tanto la enunciación podría o no coincidir con algo que el propio sujeto vivencia. Sin embargo, la construcción de un significante propio abrirá el

despliegue asociativo de la cadena para permitir una construcción histórica y una sujeción menos alienada, que es en definitiva una de las cuestiones críticas de las formas de sexuación femenina.

La sobredemanda de roles que refieren tres de las narradoras van más allá del simple rol asignado, incorporando la dimensión sexuada de este en la problemática. Es decir, la acumulación de roles por pura y simple sumatoria no parece estar ligada a los aspectos de sufrimiento intra-psíquico que las narradoras padecen como una enfermedad de mayor complejidad o gravedad.

La distinción entre un rol como imperativo a un grupo social, en este caso dirigido hacia las mujeres, se ha incorporado en el discurso hegemónico de la sociedad chilena. Las mujeres han logrado representarse estas condiciones en gran medida por lo que han escuchado o les han dicho los tratantes de los servicios de salud. Esto puede representar una oportunidad en la apertura para la discusión de los roles como imperativos en la sexuación femenina, pero también pueden taponear con significados carentes de sentido y la ilusión de unificación de la mujer bajo nuevos imperativos, como son algunos de los reclamos feministas actuales, especialmente aquellos que reniegan de la condición singular de cada mujer.

Aquí también vemos otro aspecto que tomó la forma de “injusticia social” vinculado al lugar que la mujer tiene actualmente en la sociedad chilena, que si bien se ha abierto paso hacia el mundo del trabajo, ello ha ocurrido de manera predominantemente precarizada, lo que implica que las mujeres han debido asumir más responsabilidades pero sin recibir una remuneración adecuada.

La consideración de la división sexual del trabajo fue clave para comprender la complejidad de los roles que producen imperativos por diversas vías, en un andamiaje complejo de de-construir. En los relatos se pudo encontrar la relación complementaria entre las dicotomías hombre-mujer y público-privado. La mujer representaba el signo de la diferencia sexual anatómica, en cuanto era ella la que quedaba capturada en un lugar estático. Las narradoras cumplían irrestrictamente los roles confinados a la reproducción: el trabajo doméstico, como cocinar, limpiar, cuidar a los hijos y cuidar a la mamá, roles que

tienen a la base la dependencia al otro. Cuando ese otro no está o empieza un proceso de separación, aparecen sentimientos de abandono, soledad e inutilidad.

Además los roles de reproducción carecen de una retribución simbólica socialmente reconocida, como en el caso de los roles de producción en lo público que es el dinero y otras formas de reconocimiento, considerando también que lo público involucra un sinfín de relaciones y lazos, a diferencia de lo privado que se reduce a la familia.

Otro aspecto importante es que en los relatos, las familias eran reproductoras de una violencia que posicionaban a la madre y esposa en un lugar de inferioridad. Las madres son tratadas como personas ingenuas, pueriles. Frecuentemente en los relatos aparecen frases como “ellos no sabían que yo estaba mal”. Aparece acá la inclinación a ocultar el malestar, dándose un juego entre sufrir y no sufrir, saber y no saber. Las relaciones que estos movimientos estructuran entre sus hijos y ellas, entre sus parejas y ellas, en las triadas de complicidades, parecen indicar que estas formas de lazo social se sostienen sobre distintas modalidades de producción del goce (Recio en Delgado & Gutiérrez, 1999).

Pero no se puede sencillamente demonizar a la familia porque no reconoce a estas mujeres. Cabe más bien reflexionar sobre el carácter perverso de estas imposiciones. Por ejemplo, también sería perverso exigir a un hijo el cuidado de la madre en el contexto social contemporáneo. La exigencia de que alguien postergue totalmente sus propios deseos para que otros puedan realizar los suyos es un acto de violencia hacia cualquier sujeto, pues lo somete al lugar de esclavo. Considerando la relación dialéctica entre amo y esclavo (Kojéve, 2006), estas posiciones siempre estarían en juego en las relaciones de poder, tanto en lo privado como en lo público. La cuestión se dirime en la circulación de dichos roles, de acuerdo a los deseos que de la necesidad de ellos también puedan emerger.

c) La trayectoria institucional y sus mandatos

i. La enfermedad y el diagnóstico

En las cuatro narraciones se observaron los aspectos de reproducción de los mandatos de feminidad que destinan a la mujer a un lugar de pasividad, sometimiento y anulación del deseo, todos aspectos que operan mediante la alienación del deseo del Otro.

En relación a la enfermedad, las cuatro narradoras consideran que están enfermas de un problema de salud mental. Para tres de ellas la especificidad diagnóstica parece no cobrar sentido desde una elaboración propia. Mientras más diagnósticos tengan más identificadas se sienten con el lugar de estar enferma, lo que sirve para reforzar sus identificaciones primarias a la dependencia. Esto lo podemos ver en el siguiente pasaje. Renata quiere hospitalizarse por segunda vez y no tiene el apoyo de su familia. Ella cuenta:

R: una segunda no no hay apoyo (.) por eso el [su pareja] fue (.) a la última visita con el psiquiatra toco que el llego temprano y yo le dije tu hace tiempo que quieres ir a a a ver a mi psicólogo me toca hoy día quieres ir?

E: y fueron al psicólogo?

R: al psiquiatra (...) yo ya le había contado [a su pareja] en un arrebato de discusión de que me iba a volver a hospitalizar (.) y fue (.) y el doctor le contó que e:: e:: ha sido bastante difícil mantenerme arriba que no ha podido e:: controlar mi depresión que ha eso se han agregado otros trastornos como la agorafobia como el trastorno de personalidad y que ellos habían enviado otra orden de hospitalización”. (Fragmento de Renata, L. 482-490)

Para Catalina, la enfermedad está estrechamente vinculada con la atención de salud, ella dice: “mi enfermedad mental empezó:: de la fecha que el consultorio me agarró (.)”, es decir que cuando ella se atiende es cuando se enferma. Utiliza el significante agarró como un gesto de otro hacía ella. Tanto Catalina como Renata, se someten fácilmente a los diagnósticos psiquiátricos, específicamente a la categoría de depresión.

En tres de los relatos la enfermedad y su relevancia está dada por el reconocimiento obtenido en algún punto del trayecto. Este se jugaría dos niveles: consciente e inconsciente. En el plano consciente, porque se vuelven capaces de nombrar un malestar que ellas no podían delimitar y que sus familias invalidaban. Por ejemplo Claudia relata una situación de padecimiento en las que su pareja no la consideró. Dice:

“quería ver la posibilidad que a nosotros nos trataran (.) para:: para solucionar nuestros problemas de:: de matrimonio (.) cosa que mi marido rechazó (.) según el no necesitaba ayu::da (.) los psicólogos no sirven para na::da (.) etcétera etcétera (.) bueno esa era una de las posturas que tenía el que yo no compartía” (Claudia, L.200-203)

Catalina también cuenta cómo es que la psicóloga media en la relación en el reconocimiento de su pareja hacia ella, dice:

“y resulta que mi esposo sale con (.) le dice (.) pero es que eso ella tiene que () y como como hombre po (.) y la psicóloga le dijo(.) y usted sabe le dijo (.) qué es lo que tiene su esposa? (.)↑ lo grave que ella tiene le dijo (.) porque ella sola ha luchado con esto (.) ya no dio más le dijo (...)le dijo (.) entonces usted tienen que ver bien cuando habla(.) las cosas que dice (.) porque una persona que tiene depresión la toma más fuerte que una persona normal (2) y ahí ya (.) como que se calmó”. (Catalina, L.198-204)

El caso de María es diferente. Su particular situación se vuelve inteligible desde atendiendo a las formas de sexuación. Aunque ella ha establecido una relación con la institución, se trata de un vínculo muy persecutorio, lo que en alguna medida es comprensible dado que siempre ha debido someterse sin su voluntad a los tratamientos. Sin embargo, cabe trazar una distinción acá. Como ya hemos presentado en su trayectoria singular, el primer acercamiento con el sistema de salud fue por la presión de vecinos y carabineros. Allí ella acude a la psicóloga de atención primaria, quien le diagnostica un trastorno de personalidad, señalándole “tú no estás loca ni enferma de la cabeza (2) tú gritas porque tú quieres” (María, L. 54-55). Cuestión que le permite a María hacerse cargo de esa conducta en su historia, tras lo cual refiere haberla disminuido.

El segundo contacto con la institución ella lo vivió como algo hostil, donde no le reconocieron que estaba enferma de las piernas y terminó hospitalizada en la unidad de corta estadía en contra de su voluntad. La relación que ella establece con el personal de salud es, como refiere ella misma, de chantaje. Ella dice: “No puedo entenderlo hasta que me haga- me analice un médico y lo voy a tener que hacer y si la psiquiatra no me quiere entender tengo dos opciones voy a tener que chantajearla (.) si no me manda a hacer exámenes dejo el tratamiento y dejo de tomar los fármacos o de lo contrario voy al ministerio de salud (.)” (María, L. 399-402). Desde allí se instala una relación marcadamente hostil.

Lo interesante es que a pesar de la diferencia que este caso representa respecto de los otros tres, de igual modo aparece en la trayectoria una búsqueda por el reconocimiento de parte de la institución.

ii. Relaciones con los “especialistas”

El “Otro institucional” tiene características diferentes al “otro semejante”. Por lo tanto su función corresponde a la de un Gran Otro, representante el estado y de la cultura. Esto se materializa en el poder simbólico que legitima la autoridad del especialista de salud.

Las cuatro narradoras describen las relaciones establecidas fundamentalmente con la trabajadora social y la o el psicólogo. En múltiples momentos del relato se confunden en cuanto a los roles que ellos desempeñan. La psicóloga se define como alguien que puede movilizarse en dos sentidos, por ejemplo pedir a la familia que acuda para hacerse cargo, o bien dirigir al sujeto en el sentido contrario, hacia la institución. Catalina cuenta: “ahí bueno (.) la asistente me::: la psicóloga y la asistente le dicen a mi hija (.) mire (.) su mamá está mal (.) tiene una depresión muy grave y yo e::: quiero que alguien se haga cargo de ella (.)” (Catalina, 129-131). En el relato Catalina es reconocida en su sufrimiento al mismo tiempo que sometida a un lugar de pasividad, ella no puede hacerse cargo. Los mandatos a la feminidad se reforzarán en dicha pasividad.

El médico es el especialista con mayor jerarquía en los relatos, y es por tanto aquel que las mujeres buscan más intensamente, posicionándolo como el falo. El médico a su vez es aquel que diagnostica, entrega medicamentos y también puede hablar con la familia para mediar alguna situación. Por ejemplo en la mediación que realiza el médico para que la pareja de Renata la apoye en su hospitalización. (Fragmento de Renata, L. 482-490).

iii. Discusión sobre la trayectoria institucional y sus mandatos

Lo primero que cabe destacar, es que si bien la institución reproduce los mandatos que le corresponden a la feminidad, pasividad y alienación, no se puede pensar que estos son sólo propios de la relación con la mujer en tanto grupo. Es decir, la institucionalidad de “salud mental” opera desde la alienación y el poder simbólico de un gran Otro, donde todos los sujetos que ingresan a este sistema estarán sometidos a esta forma de relación en mayor o menor medida.

Las condiciones de alienación previa de las narradoras arraigadas en sus formas de identificación se reproducen y actualizan en la relación con la institución. Esto ocurre por la forma de reconocimiento que en la misma alienación se produce. Si consideramos los

aportes psicoanalíticos lacanianos del “estadio del espejo” (Dor, 1985), para que se produzca la identificación primaria al yo ideal, el narcisismo debe alienarse al deseo del otro, y posteriormente se movilizará a la búsqueda reconocimiento del propio deseo. Este reconocimiento siempre proviene de otro, materializándose en el estadio del espejo como la confirmación que la madre entrega respecto de la identificación con la propia imagen. Si consideramos estos aportes en las formas de identificación de las narradoras, será importante incluir los mandatos culturales que impiden esa movilización, puesto que el reconocimiento que ellas han tenido desde tiempos primitivos, se ha constituido precisamente por su capacidad de postergación y alienación al deseo del otro.

Sin embargo, la alienación no es absoluta (Dor, 1985). Podemos postular que en el caso de las narradoras, ellas logran revelarse principalmente mediante los actos dirigidos a otros. El enfermar, se constituye así como una forma de evadir los roles, pero sin denegar la presencia simbólica de ellos, permaneciendo inscritas de igual modo en el lazo social.

Los actos que dirigen a otros pueden ser no sólo una forma de protesta. Ellos también revelan deseos que no han podido ser expresados de otro modo. Consideremos el concepto de resistencia en cuanto a su aspecto defensivo, en el que el yo se defenderá de cualquier amenaza dirigida hacia él (Freud, 1920). En las mujeres entrevistadas al mismo tiempo que algo de su deseo inconsciente se pone en juego en estos actos, estas expresiones suelen ser fuertemente sancionadas. Lo que revela la acción defensiva del yo y punitiva del superyó. Podemos interpretar que la fuerza ejercida desde el yo y el superyó para mantener el material reprimido inconsciente, es equivalente en un modo inverso a la fuerza que “expulsa” a las narradoras a estos actos para otros, como son las amenazas de muerte y los cortes.

Las formas de “identificación primaria” (Lacan, 1966), en los casos en que la feminidad se ha construido desde los imperativos culturales, se repiten en la identificación a la enfermedad. Esto representa un gran problema a la hora de dar de alta a las narradoras, ya que ellas aspirarían a mantener esta forma de relación de dependencia e inferioridad, pues están identificadas a la enfermedad en tanto significante que las devuelve a su posición social en el mundo privado, individualizando sus síntomas y naturalizando las condiciones de posibilidad de su feminidad, atribuyendo un carácter biológico a su

problema. Así se aprecia desde las narraciones que la institución invisibiliza las consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica, o las niega a partir de la ilusión de un puro cuerpo-enfermo.

d) Interlocución entre narradoras e investigadora

La interlocución se dio en un contexto no sólo de relación entre narradora y narratoria, sino también a propósito de la relación que yo tengo con la institución de salud. Esta condición fue fundamental en la construcción de este apartado.

Durante las entrevistas, todas las narradoras se dirigieron en algún momento a mi lugar institucional, tanto consciente como inconscientemente. Me parece que en todos los casos donde esto ocurrió había una solicitud de reconocimiento del “Otro” en tanto social y representante de la institución.

Un ejemplo es cuando María interrumpe la entrevista:

M: espere le voy a traer algo [se retira del living y regresa con el papel de alta de la unidad de corta estadía] aquí dice que yo fui internada por psicosis cierto? que entiende por psicosis (.) una persona que se imagina cosas que inventa cosas que cree que tiene algo y no lo tiene (.) es así? es lo que entiendo yo? (3)

E: e::: °puede ser eso°, lo leo?

M: no si yo ya lo leí (.) pero quería que usted me lo aclarará (.) que yo fui internada por psicosis o sea que yo voy invento cosas me imagino cosas (.) imagínese pa la edad que tengo no tengo mayores enfermedades soy prácticamente sana (.) a pesar de lo que ya me diagnosticaron bipolar y desorden de personalidad ya (.) ahora ya a mis cuarenta y ocho años estamos ya estamos ya en esta de estar corta de vista (.) ya imagínese usted es joven mucho más que yo y tiene problemas con su vista tiene otra cosa más peor, yo no sé lo que tengo (María, L. 178-188).

María me demanda en el lugar de psicóloga de la institución y parece ser que ella está tan molesta con la institución por entregarle un diagnóstico con el que ella no sólo no está de acuerdo, peor aún, la deja en lugar de mentirosa respecto a su sufrimiento. Entonces María me muestra que la enferma en este caso soy yo, porque soy corta de vista y se compara conmigo desde ese lugar, mostrándome que yo estoy peor que ella. La hostilidad que María me expresa, es la misma que en su relato se despliega repetidamente hacia la institución.

De este modo María pone en jaque mi propia ilusión de desentenderme de la institución y todos sus atributos negativos, juicio que yo en gran medida comparto desde un punto de vista crítico, pero que de igual modo sentí que no tenía más opción que reproducir en el acto de interlocución, entregándole a María una respuesta ficticia. Si bien yo no estoy en conocimiento de esos documentos que ella me presentó, ella quita el velo con este acto de que yo podía saber algo de ella y por lo tanto me revela lo que ella sabe de mí.

Creo que María realiza este acto para igualar las condiciones de mi lugar de supuesto saber, utilizando como metáfora la enfermedad, y por qué no decirlo, a la locura del momento simbólico de la entrevista que yo busco interpretar como la psicóloga del hospital que pide ayuda a la paciente, lo cual al fin y al cabo devuelve un modo inédito de reconocimiento.

Otro lugar en el que las narradoras me interpelaron de un modo que interpreto como inconsciente, es el lugar de mujer con estudios y trabajadora. Un ejemplo de ello ocurre cuando Claudia se disculpa por no tener estudios, por no poder encontrar trabajo. Dice: “quizá de no haberse educado más (.) no haber trabajado (.) haber sido independiente económicamente (3) creo que eso e haría falta (.) para sentirme más plena m::: (4)” (Claudia, L. 171-173). La frase debe ser situada en el contexto del relato en que Claudia la produce. Ella observó que uno de los imperativos a la feminidad es también el trabajar, imperativo que las propias mujeres refieren como “mujer moderna”. Claudia nunca ha trabajado, y es algo que le han dicho que debe hacer para ser dada de alta del centro de salud. En su relato señala no haber hecho esfuerzos para ello, aunque refiere que es algo que quiere. Al menos podemos cuestionarnos el estatuto del deseo, si bien no sabemos qué aspectos están en juego, no parece ser algo que ella quiera movilizar, entonces su propio relato en cuanto se produce en una interlocución, puede contener la alienación al deseo del otro, en este caso del mío, como representante del ideal moderno de feminidad.

Por último y en una lógica distinta, cuando yo realizaba preguntas más insistentes respecto a algún enunciado que era relevante para la investigación, las narradoras reaccionaban de un modo defensivo, subiendo el tono de voz, respondiendo que no entienden la pregunta, o que no saben lo que se les está preguntando, a veces cambiando de

tema. Las rigurosas resistencias revelan sus propias condiciones de producción en el proceso de interlocución. Mostraré un ejemplo para representarlo:

C: yo voy a llegar a la casa y me voy a tomar (.) todos los diazepam (se acabó la) tontera [ruido de fondo]

E: y se va a tomar los diazepam para qué?

C: porque ya no quiero vivir

E: para dejar de vivir?

C: m::: es que tengo que operarme de la rodilla(.) (Catalina, L. 229-233)

Ante la instancia de mi pregunta y no dar por hecho lo no dicho, vuelvo a preguntar, entonces ella cambia de tema radicalmente, de esto no me doy cuenta en el momento y es en el proceso de análisis a partir de las fallas del discurso que puedo detenerme sobre este momento. Si bien esto al momento del tercer encuentro era una pregunta posible, decidí no insistir en algo que parece ser un núcleo conflictivo. Interpreto esta insistencia mía, primero por la seducción respecto del tema del suicidio, que fue en parte lo que me llevó a querer investigar con estas participantes; y segundo por mi trabajo como psicóloga clínica y la deformación clínica a la hora de entrevistar.

Para pensar estos roles que yo misma encarno, fue fundamental la producción del marco metodológico, pues me permitió repensar la investigación también en su dimensión reproductiva de la cultura.

Por último, quiero señalar que en los relatos de las narradoras se desplegaban variadas fallas en el discurso, así como también otras expresiones del inconsciente tales como risa, incomodidad, enrojecimiento, movimientos de alejamiento, abrir los ojos mucho o gesticular. Incluso una de las narradoras me toca en reiteradas ocasiones, replicando en mi cuerpo, cuestiones que ella había vivido. Creo que estas formas de expresiones que denominaré del inconsciente y que se presentaban de forma constante en el relato, permiten rastrear la estricta coerción de sus resistencias y del superyó a las cuales estas mujeres están sometidas.

CONCLUSIONES

El objetivo central propuesto en esta investigación fue analizar las significaciones sobre la feminidad en la trayectoria de enfermedad mental de mujeres que se atienden en la red de salud mental y psiquiatría del servicio de salud metropolitano sur. De las trayectorias reconstruidas se puede concluir, en lo fundamental, que los mandatos que recaen sobre las mujeres desde la cultura definiendo los ideales imperantes asociados a la feminidad, repercuten notablemente sobre la historia de padecimientos psíquicos de las mujeres entrevistadas. De este modo, el análisis de las trayectorias que ellas han recorrido en las instituciones de salud mental aporta valiosos elementos para dilucidar tanto los contenidos que marcan sus identificaciones e ideales relativos a la feminidad, como las modalidades de funcionamiento psíquico sobre los que ellos se han construido.

Los mandatos a la feminidad a los cuales se alienan sus identificaciones, corresponden de modo irrestricto a roles tradicionalmente impuestos a la mujer, los que derivan de la división sexual del trabajo. Es decir, la forma predominante en el que las narradoras con las que se trabajó en esta investigación construyen sus identificaciones e ideales femeninos, se ciñe a los roles de reproducción ejercidos en el espacio privado. La enorme injerencia que este tipo de mandatos acarrea sobre la subjetividad de estas mujeres inhibe y limita sus posibilidades de participación en el espacio público.

Las formas de identificación a estos mandatos, que definen lo femenino reproduciendo modos de dominación característicamente patriarcales, operan al modo de una estructura común, determinando para todas aquello que se valora y reconoce en las mujeres. Sin embargo, dicha estructura siempre adopta devenires particulares en cada caso, siendo este el aspecto más importante de los resultados de este estudio.

La estructura común de las formas de identificación en las mujeres estudiadas, corresponde a la imposición de estos mandatos como una entidad natural, que no es producida sino dada, esta estructura como condición de producción queda reprimida en el inconsciente para luego operar sin ser cuestionada.

La naturaleza como entidad pura atribuida a la feminidad por la cultura no es suficiente para producir sus efectos, vemos en los casos estudiados, que la forma de

identificación primaria que se desarrolla en la infancia en la fase pre-edípica y en el estadio del espejo, fueron fundamentales, requirió de una imagen o de un yo ideal que otro le facilitó, la condición de esa imagen era que incorporará potencia y características de los mandatos de feminidad de un época anterior, no contemporánea.

Se rastreó que tanto la figura materna como paterna podían transmitir estos mandatos, la figura materna lo hace al modo de identificación con ella, por tanto debe ser ella misma como figura e imagen que se entrega, debe portar y encarna en su yo ideal los mandatos de feminidad, que también le fueron transmitidos de la misma forma. En el caso de la figura paterna lo hace a modo del ideal que este tiene de la mujer.

En los casos, el yo ideal y el ideal del yo incorporan los mandatos tanto de feminidad como de masculinidad, además incorporan en el ideal, qué ideal de mujer tiene un hombre. Todos estos ideales conservadores de otras épocas de un modo riguroso amparados en la división sexual del trabajo como forma natural de organización social.

La figura de identificación primaria en los casos estudiados, parecen complementarse con la carencia del lazo social en los espacio públicos a nivel trans-generacional, es decir que las figuras a su vez, no debieron haberse influenciado por la época contemporánea. Esto lo podemos concluir, ya que los casos estudiados han manifestado esfuerzo para que sus hijos puedan estudiar, si bien tratan de transmitir, en los casos donde tienen hijas su ideal de mujer, la transmisión no es de un modo tan riguroso como fue con ellas, esto se puede interpretar por la influencia de los medios de comunicación de masas en las mujeres estudiadas, sería necesario rastrear esto en otras investigaciones.

Los mandatos culturales, atribuibles a las consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica, circulan tanto para la mujer como para el hombre y posicionan al hombre en un lugar de idealización y la mujer en un lugar de inferioridad. Estos aspectos son reproducidos por las mujeres estudiadas de un modo inconsciente y en el discurso consciente puede elaborar críticas hacia los hombres como grupo social, que quedan sólo en el enunciado.

Las mujeres estudiadas corresponden a un perfil como de una época anterior, a los ideales de mujeres previo a los movimientos feministas, al realizar un meta-análisis de las

historias que ellas relatan son de mujeres extremadamente conservadoras incluso en su vida sexual privada, lo que representa la expresión cultural del machismo extremo aún arraigado en nuestro país, pero que al mismo tiempo, las mujeres estudiadas representan una minoría, lo pudimos rastrear por la discriminación de la que son objeto, puesto que de distintas formas la familia y la institución les exige hacerse cargo de su decisión. Así representan un resto que la cultura va dejando tras de sí, malestar que retorna en demanda a la propia cultura y se materializa en la atención de salud por parte del estado.

Las problemáticas que las narradoras van relatando transcurren en las relaciones familiares y sociales, se expresan en el núcleo familiar cercano, desde lo más privado, para hacerse público hasta el punto de la solicitud de la intervención del estado como representante del gran Otro, este será al parecer quien ratifica las expresiones de los afectos como un problema entregando una nueva identidad a las narradoras, esto es sólo posible en la medida que la institución fue reconocida por las mujeres como un representante simbólico del falo.

En lo referente a la institución los datos dan cuenta que la institución no reproduce un mandato de feminidad, sino más bien que los mandatos que la institución reproduce coinciden con algunos de los mandatos de feminidad, estos mandatos son vinculados a la pasividad y sometimiento.

En la reconstrucción de las historias también se presenta la búsqueda de un estado inorgánico, el aparato psíquico no sólo buscaría placer, sino el estado inorgánico, tres de las mujeres entrevistadas han intentado quitarse la vida y en sus relatos cruzan frecuentemente los deseos de morir, aunque tampoco se sienten capaces de hacerlo, para poder resistir a la inercia de la organicidad, se debe haber sostenido la capacidad de angustia, incertidumbre y contradicción que sólo es en la medida en que algo de la falta tenga lugar y de lugar a un desear, en estas tres mujeres entrevistadas, parece ser las imposiciones culturales hacia la mujer en tanto grupo, han arrasado en el devenir de sus feminidades, reduciendo su deseo al deseo de un hijo, que agotada la ilusión de completitud, parece ser que se presenta como una tarea muy compleja y angustiante hacer emerger un deseo y sostener con ellos los afectos que ello implica.

La principal característica de la relación con la institución en los casos de las mujeres, es que cumple la función de reconocimiento al mismo tiempo que de alienación al sujeto a través de la identificación de la enfermedad, sosteniendo en un amplio sentido el malestar.

También se encuentra la dificultad de la precarización social para este perfil de mujeres en el espacio público, dificultando aún más su salida. Nos enfrentamos ante un problema que se presenta como dicotómico del ser o no ser, tener o no tener *el falo*, puesto que aquello que aún soporta la cultura es la lógica patriarcal.

A partir de los resultados encontrados se puede pensar pequeños aportes a las políticas públicas en la escolarización que no reproduzcan estos roles naturalizándolos; lo segundo es articular un espacio terapéutico ajeno a la institucionalidad psiquiátrica, donde el terapeuta no sirva de apoyo a otros procesos como farmacológicos, ni que de este dependan cuestiones referentes a la toma de decisiones vinculadas con aspectos morales como el riesgo de vida, o las intervenciones vinculadas social, que funcionen como un dispositivo aparte de derivación terapéutica.

Las mujeres exigen el reconocimiento del otro por el sacrificio realizado, postergar sus deseos y alienarlos a lo que otros esperaban de ellas, cuestión que en la adultez, cuando ya no hay hijos ni personas que cuidar debe ser reconocido por alguien y su exigencia cuando no es encontrada en el hogar, que es el caso de estas mujeres se dirige a los que representa la representantes de la cultura, puesto que es productora y responsable de ese sacrificio.

Se puede pensar que las lógicas de reconocimiento plantean distintos ejes del mismo, aplicado a la problemática, existe una relación de sujeción, alienación necesaria a un diagnóstico psiquiátrico hacia y para mujeres, esto sería necesario en tanto reconocimiento social de una problemática que otorga un nombre de víctima (depresión, trastorno ansioso, entre otros) en lo público. Al modo de otorgar una explicación psiquiátrica, cuyo ejercicio deja sin significado el problema social, pero que a su vez otorga este reconocimiento por medio del sometimiento a un nuevo lenguaje que posibilita

en cada caso formas distintas de operar sobre un malestar. En este sentido el esclavo enfermo no sirve de esclavo.

En cuanto a las reflexiones en torno a los conceptos, problemas y metodología de investigación que los rendimientos conceptuales entre teoría feminista y psicoanálisis permiten una amplitud en la comprensión de la clínica femenina y problematizan, al mismo tiempo que permiten propuesta que exceden a la clínica misma a partir de datos específicos y situados en sus propios contextos socio-históricos.

En cuanto a la metodología de investigación se considera que fue apropiada para lograr la especificidad en cada relato, el número de participantes fue adecuado para lograr rescatar las diferencias y singularidades de las trayectorias, aunque la riqueza del material en su extensión significó un modelo de transcripción y forma de análisis fatigosos y que al integrar los distintos relatos, se hizo necesario seleccionar el material a presentar, quedando algunos aspectos que pueden seguir siendo trabajado.

De los límites de la investigación los aspectos que no pudieron ser abordados son por restrictivo del carácter disciplinario y el autismo investigativo, por corresponder esta investigación a una tesis de magister que no se integró a un equipo de trabajo. Una vez finalizado el proceso, veo la necesidad de haberme integrado a un equipo, ya que fue necesario en distintos momentos del proceso recurrir a otras personas que con gran apoyo permitieron resolver nudos críticos con su escucha en algunos casos y en otros con aportes teóricos importantes. En este mismo sentido en un equipo de trabajo funciona el lazo social y el reconocimiento de un trabajo en el espacio público, de lo contrario la investigación es sentida con gran angustia cuando se privatiza y tiene costos elevados en el sujeto que investiga.

Sumado a lo anterior el trabajo que yo realizo en un hospital como psicóloga clínica y a partir del trabajo con los pacientes, me ha llevado a observar problemáticas que exceden el campo clínico y sobre todo el encuadre psicoanalítico, la decisión de realizar un magister fue para aportar a estas problemáticas que pueden estar invisibilizadas o que simplemente no se pueden observar en un espacio distinto. Ratifico con los resultados de mi investigación la necesidad de investigar en y desde los contextos, pero involucrar a otros.

Por el rendimiento de los casos estudiados en términos culturales y su relación a los procesos de subjetivación se hace evidente la necesidad de incluir otras disciplinas que puedan entregar pautas de lectura que integren, desde mi punto de vista, formas de relación de las mujeres a los medios masivos de comunicación, los procesos educativos formales de ellas, historización de los casos a la luz de los procesos culturales vinculados a los movimientos feministas en Chile.

Otra limitación que permite aperturas es que en los casos estudiados se invisibilizó la relación a los medicamentos o las formas de tratamiento médico a las que se han sometido, será importante considerar la dimensión del cuerpo en su estatuto simbólico-real y también integraría a la disciplina psiquiátrica desde una perspectiva crítica.

En nuestra cultura chilena, se siguen produciendo y reproduciendo subjetividades desde los efectos de lo imaginario en la diferencia sexual anatómica. La posibilidad de la emancipación femenina, se ve absolutamente coartada y restringida desde el y por el propio sujeto, al quedar sujetos a los Ideal anteriores, las mujeres que no logran movilizar su deseo hacia otros lugares enferman gravemente sin enlazar que existe un afuera respecto de sus condiciones de posibilidad a la feminidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarzúa M, & cols. (2011). Análisis documento. Estrategia nacional de salud mental: un salto adelante. Universidad de Chile. Facultad de ciencias sociales. Departamento de psicología.
- Aceituno, R. & Bornhauser, N. (2005). *Discurso psicopatológico y subjetividad contemporánea*. En Revista de Psicología Universidad de Chile: Vol. XIV, Nº 2: Pág. 111-122. doi:10.5354/0719-0581.2005.17426.
- Aceituno, R. (2011). Futuro Anterior, Historia Clínica y Subjetividades. Santiago: Universitaria.
- Aceituno, R.; Miranda, G. & Jiménez, A. (2012) *Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile*. Revista Anales Séptima Serie, Nº 3, julio 2012
- Aceituno, R. & Radiszcz, E. (2014). *Psicoanálisis e investigación social: la herencia freudiana*. En Escucha de la escucha: Análisis e interpretación en la investigación cualitativa. Manuel Canales (comp.). Chile: Lom 2014. P.115-137.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Antaki, C. (2005). *An Introduction to Conversation Analysis*. Extraído de <http://www-staff.lboro.ac.uk/ssca1/sitemenu.htm>
- Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. *Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates*. Br J Psychiatry 2001; 178: 228-33.
- Arendt, H. (2003). *La Condición Humana*. Buenos Aires: Paidós.
- Arendt, H. (1995). *De la historia a la Acción*. Barcelona: Paidós.
- Arensburg, S. & Lewin, E. (2014). *Comprensión de los nudos institucionales en el abordaje de la violencia contra las mujeres en la pareja: aportes de una lectura feminista a la experiencia chilena*. Universitas Humanística, núm. 78, julio-diciembre, 2014, pp. 187-210. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

- Bayo-Borràs, R. "En recuerdo de Silvia Tubert". *Intercambios, papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanálisis* [en línea], 2014, Núm. 33, p. 7-15. <http://www.raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/309313> [Consulta: 02-01-17]
- Bertaux Wiame, I. (1986). *Prácticas femeninas y movilidad social familiar: la fuerza de lo cotidiano*. En el poder de la sociedad. Historia y fuente oral. Barcelona: Vilanova.
- Braidotti, R. (2000). *Sujetos Nómades*. Barcelona: Paidós.
- Bourdieu, P. (2001). *El oficio de científico*. Ciencia de la ciencia y reflexividad. Barcelona: Anagrama.
- Burin, M. (1987). *Estudios sobre la Subjetividad Femenina*. Buenos Aires: GEL.
- Burin, M. (1990). *El Malestar de las Mujeres*. La Tranquilidad Recetada. Paidós, Buenos Aires.
- Burin, M. (1994). *Género y Psicoanálisis: subjetividades vulnerables*. En revista de Actualidad Psicológica. Buenos Aires, junio de 1994.
- Butler, J. (1990). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. España: Paidós. 2007.
- Butler, J. (2011). *El derecho de vivir: el derecho a tener derecho*. Encuentro express con Judith Butler catalizadora de los queerpos sexuales. Recuperado en Psicología de Género Política y Subjetividades. Red de psicología Aplicada de Venezuela. Recuperado en Enero del 2017, en <http://upla.org.ve/rpa/imaginariosocialysexualidad/?p=690>
- Castro, E. (2004). *Vocabulario de Foucault: un recorrido alfabético por sus temas conceptos y autores*. Recuperado de: <http://colegiodesociologosperu.org/nw/biblioteca/El%20vocabulario%20de%20Foucault.pdf>
- Coutinho E, de Almeida-Filho N, Mari JJ, Rodrigues LC. *Gender and minor psychiatric morbidity: results of a case-control study in a developing country*. Int J Psychiatry Med 1999; 29: 197-208.
- Cornejo, M. (2006). El Enfoque Biográfico: Trayectorias, Desarrollos Teóricos y Perspectivas. Psykhe (Santiago), 15(1), 95-106. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000100008>

- Cornejo, M., Mendoza, F., & Rojas, R. (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. *Psykhe* (Santiago), 17(1), 29-39. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282008000100004>
- Chemama R, Vandermerach, B. (2004). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Complejo Asistencial Barros Luco (CABL). (2015). *Protocolo Interno de criterios de ingreso y egreso de pacientes*. Servicio de psiquiatría adultos. Vigencia de acreditación 2015-2020.
- Davoine, F. & Gaudillière, J. (2011). *Historia y Trauma*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Deleuze, G. (1983). *Historia de la Filosofía*. Cap. ¿En qué se reconoce el estructuralismo? Tomo IV. Dirección de Chatelet F. Madrid: Espasa.
- Delgado, J. & Gutiérrez, J. (1999). *Análisis del discurso y teoría psicoanalítica*. Alex Recio Capítulo 18. p. 481-491. En *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Diccionario Panhispánico de dudas DPD. (2005). *Palabra consultada "intertanto"*. Versión electrónica en: <http://lema.rae.es/dpd/srv/search?id=ybnr5FrjD61O8G2Ux>
- Dor, J. (1985). El estadio del espejo, en *Introducción a la lectura de Lacan: El inconsciente estructurado como lenguaje*. Barcelona: Gedisa.1995.
- Encuesta Nacional de Salud (ENS). (2009-2010). Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Fassin, E. (2008). *Somnolencia de Foucault*. Violencia sexual, consentimiento y poder. *Estudios Sociológicos*, vol. XXVI, núm. 1, enero-abril, 2008, pp. 165-177, México en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59826107>
- Foucault, M. (1983). *El sujeto y el poder*. Recuperado de: <http://www.ram-wan.net/restrepo/poder/sujeto%20y%20poder.pdf>
- Foucault, M. (2005). *Historia de la Sexualidad*. El conocimiento de sí. España: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2007). *El Nacimiento de la Clínica*. España: Siglo XXI.
- Freud, S. (1893-1895). *Estudios sobre la histeria*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol., II). Buenos Aires: Amorrortu. 2008.

- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., VII.) Buenos Aires: Amorrortu. 2010.
- Freud, S. (1908a). *La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., IX). Buenos Aires: Amorrortu. 2009.
- Freud, S. (1908b). *Sobre las teorías sexuales infantiles*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., IX). Buenos Aires: Amorrortu. 2010.
- Freud, S. (1910a). *Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., XI). Buenos Aires: Amorrortu. 2010.
- Freud, S. (1910b). *Sobre el psicoanálisis "silvestre"*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., XI). Buenos Aires: Amorrortu. 2010.
- Freud, S. (1910c). *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., XI). Buenos Aires: Amorrortu. 2010.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., XIV). Buenos Aires: Amorrortu. 2010.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., XVIII). Buenos Aires: Amorrortu. 2008.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las Masas y Análisis del Yo*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., XVIII). Buenos Aires: Amorrortu. 2008.
- Freud, S. (1923a). *La organización genital infantil*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., XIX.) Buenos Aires: Amorrortu. 2008.
- Freud, S. (1923b). *El yo y el ello*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., XIX.) Buenos Aires: Amorrortu. 2008.
- Freud, S. (1924). *El problema económico del masoquismo*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., XIX.) Buenos Aires: Amorrortu. 2008.
- Freud, S. (1925). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., XIX.) Buenos Aires: Amorrortu. 2008.

- Freud, S. (1926a). *Inhibición, síntoma y angustia*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., XX). Buenos Aires: Amorrortu. 2008.
- Freud, S. (1926b). *¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., XX). Buenos Aires: Amorrortu. 2008.
- Freud, S. (1930[1929]). *El malestar en la cultura*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., XXI.) Buenos Aires: Amorrortu. 2009.
- Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol., XXIII). Buenos Aires: Amorrortu. 2010.
- Illanes V, Eduardo, Bustos M, Luis, Vizcarra L, María Beatriz, & Muñoz N, Sergio. (2007). *Violencia y factores sociales en mujeres de la ciudad de Temuco*. Revista médica de Chile, 135(3), 326-334. Recuperado en 13 de noviembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000300007&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872007000300007.
- Irigaray, L. (1994). *Amo a ti*. Argentina: Ed. De la Flor.
- Kojév, A. (2006). *La Dialéctica del Amo y del Esclavo en Hegel*. Buenos Aires: Leviatán.
- Lacan, J. (1954-55). *El Seminario. Libro 2. El yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós. 1984.
- Lacan, J. (1955-56a). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis*. Escritos 2. Argentina: Siglo XXI. 2001.
- Lacan, J. (1955-56). *El Seminario. Libro 3. Las Psicosis*. Buenos Aires: Siglo XXI. 1985.
- Lacan, J. (1957-58). *El Seminario. Libro 5. Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós. 1999.
- Lacan, J. (1958). *La significación del falo*. Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI. 2002.
- Lacan, J. (1960). *Ideas directivas para un congreso sobre la sexualidad femenina*. Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI. 2002.
- Lacan, J. (1966). *Acerca de la causalidad psíquica*. Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI. 2005
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1968). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. 2001.

Ley N° 725, reglamento n° 570. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile., 28 de agosto de 1998. Publicado el 14 de julio del 2000. Recuperado en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=173059&idVersion=2000-07-14>

Ludermir A. & Melo Filho D. *Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders*. Rev. Saude Publica 2002; n° 36: 213-21.

Miller J. A. (2002). *De la naturaleza de los semblantes*. Buenos Aires: Paidós. 2009.

Minoletti, A. & Zaccaria, A. *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia*. Rev. Panam Salud Pública Pan Am J Public Health, vol. 18 (4/5), 2005.

Ministerio de Salud [Minsal]. (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Recuperado de https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiNhtzg44jSAhWMDpAKHWYHC_QQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fweb.minsal.cl%2Fportal%2Furl%2Fitem%2F71e4f2dd2b628460e04001011f01239d.pdf&usg=AFQjCNGjISg3tcqR-YV01XBv9eqLgpdF3Q&sig2=tA1r6ZwBSr4gZ-5x-s5LYQ

Ministerio de Salud [Minsal]. (2012). *Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los Servicios de Salud: planificación, implementación y evaluación*. Recuperado de https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwihksfP5IjSAhXBvZAKHSxyDWAQFghFMAg&url=http%3A%2F%2Fserviciosmn.blogspot.com%2F2010%2F10%2Forientaciones-para-el-proceso-de-diseno.html&usg=AFQjCNHO-8PWx0FL_zpqQiKvr9hj5YH00g&sig2=FNEDosxxSHAvia_1Y20Ew&bvm=bv.146786187,d.Y2I

Ministerio de Salud [Minsal]. (2015). *Consultoría en salud mental*. En OOT Orientaciones técnicas. Unidad de salud mental. División de gestión de la red asistencial. Subsecretaría de redes asistenciales, ministerio de salud. Recuperado de <https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiE46aA5IjSAhUJQpAKHb1OC1UQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fweb.minsal.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F03%2FBASES->

[CONCEPTUALES-PARA-LA-PLANIFICACION-Y-PROGRAMACION-EN-RED-2016CUADERNILLO1.pdf&usg=AFQjCNEtmw8hOz8znpJ0ET-P8Fg7dwKqLg&sig2=IsdgSx1dbZwH64eFtmWbuQ](#)

- Nikolas R. (2012). Políticas de la vida. Biomedicina, poder y *subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Unipe. Ed. Universitaria.
- Observatorio de la Discapacidad (ODC). (2003). *Población con enfermedad mental grave y prolongada*. Colección estudios e informes. Serie estudios n°9. Ed. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- Organización Naciones Unidas (ONU). *Informe Subsecretaria de prevención del delito 2014*. Recuperado de <http://www.seguridadpublica.gov.cl/media/2014/09/S%C3%ADntesis-datos-anual-2014.pdf>
- Pierre, B. & Passeron, JC. (1979). *Fundamentos de una teoría de la violencia simbólica en La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Libro 1. España: Editorial Popular. 2001.
- Pommier, F. (2011). *Lo Extremo en Psicoanálisis*. Santiago: Depto. Psicología Universidad de Chile.
- Rojas, H. & Aceituno, R. (2011). *Sectores: fenomenología de la vida social de un grupo de pacientes internados en un sector del Hospital Psiquiátrico de Santiago*. Disponible en <http://www.libros.uchile.cl/265>
- Sharim, D. *La Identidad de Género en Tiempos de Cambio: Una Aproximación Desde los Relatos de Vida*. Psykhe, vol. 14, núm. 2, noviembre, 2005, pp. 19-32 Pontificia Universidad Católica de Chile Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/967/96714202.pdf>
- Stolorow, R. (2004). *Los contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Madrir: Herder.
- Toledo, M. (1999). *Enfoque biográfico: marco teórico-metodológico para la construcción de relatos de vida*. Revista PRAXIS Año 3, N° 4. Universidad Diego Portales, Chile.

- Toledo, M. (2001). *Enfoque biográfico: marco teórico-metodológico para la construcción de relatos de vida*. Revista PRAXIS Año 3, N° 3. Universidad Diego Portales, Chile.
- Tubert, S. (1993). *La construcción de la feminidad y el deseo de ser madre*. En *Cuerpo y subjetividad femenina* [45-70]. Asunción González de Chávez. España: Siglo XXI.
- Tubert, S. (1996). *Figuras de la madre*. Madrid: Cátedra.
- Tubert, S. (1998a). *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Madrid: El Arquero.
- Tubert, S. (1998b). *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. España: Siglo XXI.
- Tubert, S. (2001). *Representación y Deseo. Convergencias de Psicoanálisis y Teoría Feminista*. Madrid: Síntesis.
- Tubert, S. (2003). *La crisis del concepto de género*. En *Del sexo al género, los equívocos de un concepto*. España: Cátedra Feminismo 78.
- Valls-Llobet, C. (2011). *Cap. I La salud indiferenciada*. En *Mujeres, Salud y Poder*. España: CATEDRA.
- Vasilachis De Gialdino, I. (1992). *Los problemas teórico-metodológicos*. En *Métodos Cualitativos I*. Argentina: Centro Editor de América Latina.
- Vasilachis De Gialdino, I. (2009). *Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la investigación cualitativa*, Forum Qualitative Social Research. Vol. 10. N°2. Art. 30.
- Vicente P, Benjamín, Rioseco S, Pedro, Saldivia B, Sandra, Kohn, Robert, & Torres P, Silverio. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Revista médica de Chile*, 130(5), 527-536. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000500007>
- Vicente P, Benjamín, Kohn, Robert, Saldivia B, Sandra, & Rioseco S, Pedro. (2007). Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Revista médica de Chile*, 135(12), 1591-1599. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007001200014>

ANEXOS

Anexo I: Notaciones de Transcripción usadas en los fragmentos citados

(.) Pausa Pequeña

(.3), (2.6) Pausas con tiempo en segundos

↑ palabra, ↓ palabra. Aumento del tono o disminución. Para aumento del tono con entonación interrogativa se uso el signo “?”

A: palabra [palabra B: [palabra.

Los corchetes indican traslape del turno de habla.

Pal- Indica interrupción de la frase.

pal:::abra Indica que el hablante sostuvo la frase en el punto indicado.

(palabra) Palabra inaudible en la grabación, se ofrece una posibilidad.

A: palabra= B: =palabra Indica que no hay una pausa audible entre la intervención de los hablantes.

palabra, PALABRA El subrayado indica que la palabra fue destacada. LA mayúsculas que además hubo un aumento en el volumen de la voz.

°palabra° Uso de un tono calmado.

>palabra palabra< <palabra palabra> Aumento o descenso de la velocidad del habla.

Extraído de Antaki (2005).

Anexo II. Consentimiento informado

Consentimiento de participación en el proyecto de tesis SIGNIFICACIONES ASOCIADAS A LA FEMINIDAD EN LA TRAYECTORIA DE ENFERMEDAD MENTAL DE MUJERES QUE SE ATIENDEN EN LA RED DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

Este documento tiene el propósito de ayudarle a tomar la decisión de participar – o no – en una investigación cuyo objetivo es analizar las significaciones sobre la feminidad a partir del relato que, de forma singular, otorgan las mujeres diagnosticadas y tratadas en el servicio de psiquiatría del Hospital Barros Luco.

Esta investigación, se enmarca en la participación de la investigadora en el Magíster de Psicología Clínica, de la Universidad de Chile.

Usted ha sido invitada a ser parte de esta investigación, porque es mujer y se ha tratado por un problema de salud mental grave en el servicio de psiquiatría del Hospital Barros Luco. Su participación consiste en asistir a un número de entrevistas acordadas. Las entrevistas serán orientadas por la investigadora, de una duración aproximada entre 45 a 90 minutos, en la que se abordarán temas relativos a la salud mental y la feminidad.

Las entrevistas serán audio grabadas para luego ser transcritas. Tales transcripciones serán anónimas y se borrará de ellas cualquier dato que permita identificarla.

La información obtenida en esta investigación se mantendrá en forma confidencial, a fin de resguardar su información personal.

Usted no se beneficiará por participar en esta investigación. Sin embargo, la información que se obtendrá será de utilidad para la formación profesional, y sobre todo, para la comprensión de la situación actual de la atención de mujeres en los servicios de salud mental en el sistema público de nuestro país.

Si durante la entrevista se siente incómoda por la situación, por alguna pregunta o bien tiene alguna consulta que hacer, no dude en interrumpir la actividad y conversarlo con la entrevistadora.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar, a retirar su consentimiento y/o retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente, sin mediar explicación alguna y sin consecuencias para usted. En el caso que usted retire su consentimiento, el registro de esta entrevista será eliminado y la información obtenida no será utilizada.

Declaración de Consentimiento

Declaro que; se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzada a hacerlo.

No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.

Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación según mi parecer.

Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento y la otra copia queda en poder de la Investigadora Responsable.

Nombre Participante

Firma

Nombre Investigador Responsable

Firma

Fecha:

Anexo III: Cuaderno guía de análisis para la investigadora

Aspectos preliminares:

- I. **Condiciones de producción:** Formas de contacto, como se accedió a las participantes, obtención de datos y acuerdos de encuentros.
- II. **Percepción de la participación:** preguntas recurrentes, inquietudes respecto al tipo y forma de participación, interés en la participación.
- III. **Antecedentes generales de la participante:** nombre y pseudónimo, edad, estado civil, convivencia con..., hijo/as, al cuidado de alguien.

Transcripción y elaboración de los ejes temáticos (síntesis de Sharim, 2005)

- I. Lectura completa de la transcripción y primeras impresiones globales:
- II. Sucesión temporal y ejes temáticos en cuadro de doble entrada:

Sucesión Temporal	Ejes temáticos
Cuál es el orden temporal de la trayectoria descrita por cada narradora respecto a su proceso de enfermedad mental, hitos relevantes que señala la narradora.	Refiere al contenido de las áreas temáticas narradas por cada narradora. En este mismo cuadro se incluyen las representaciones o reflexiones que hace el narrador, tanto referidas al momento de los hechos como las que surgen en el momento del relato. Así también, en el cuadro se van ya incorporando las primeras reflexiones interpretativas que hace la investigadora en la medida que va

Reconstrucción del relato (incluye aspectos de interlocución)

I. ¿Cuáles son las significaciones e impacto subjetivo de los ejes temáticos en cada narración? (considerar en el análisis del discurso, lapsus, intermitencias, negaciones, fallas)

II. Interlocución (Cornejo, 2005) Relación entre narradora e investigadora

¿Quién está contando esta historia?

¿Quién está escuchando esta historia?

¿Qué historia se está escuchando?

Análisis e interpretación (Sharim, 2005)

I. Incorporar referentes teóricos que puedan iluminar el análisis de cada relato

II. Sentidos y significados asociados a interpretaciones que abran y profundicen el relato, se analizan las maneras y sentidos particulares en que aparecen los conflictos vividos.

- ¿Cuáles son los contenidos que provoca la consigna?
- ¿Dónde se inicia la narración?
- ¿Cuáles son los ejes que la articulan?
- ¿Cómo se concatenan los acontecimientos, momentos biográficos y énfasis temáticos?

Análisis Transversal (Sharim, 2005)

- Hipótesis del análisis de cada relato respecto a las significaciones asociadas a la femineidad en las trayectorias descritas.
- Interpretaciones de todo el material y formulación de aspectos claves de la problemática en cuestión.
- Explicaciones de nuevas categorías de análisis pertinentes.
- Apertura a nuevas investigaciones.