



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

**DETRÁS DE LOS MUROS: SOY UN ALMA Y UN
CUERPO. SUBJETIVIDAD Y SEXUALIDAD DE
MUJERES EN EL HOSPITAL DE LA SALUD MENTAL
DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA.**

Tesis presentada por

Anabel Flores Ortega

para obtener el grado de

MAESTRA EN ESTUDIOS CULTURALES

Tijuana, B. C., México

2016

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de Tesis: _____

Dra. Julia Estela Monárrez Fragoso

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. _____

2. _____

3. _____

Sí, dentro de la jaula de mi cerebro está preso un pájaro azul que quiere su libertad
-El pájaro azul de Rubén Darío.

*A mis padres: Amelia Ortega y Pablo Flores, por todo el amor, comprensión
y confianza, en los momentos más difíciles.*

*A mis hermanas: Jenny Flores y Ariadna Flores, por sus consejos y palabras de
aliento.*

*¡Sí, seré siempre un gandul, lo cual aplaudo y celebro mientras sea mi cerebro jaula del
pájaro azul!*
-El pájaro azul de Rubén Darío

AGRADECIMIENTOS

La culminación de una etapa tan importante de mi vida como es terminar la maestría en Estudios Culturales, representa todo un logro. Por lo que, estoy agradecida con la institución y con todas aquellas personas que ayudaron para que esto fuera posible. Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el apoyo económico proporcionado, cada mes durante dos años, que posibilitó cubrir mis gastos durante la estancia en el posgrado, y con lo cual esta investigación se llevó a cabo. De igual forma agradezco a El Colegio de la Frontera Norte (El Colef) por otorgarme cursos que han contribuido de manera significativa en mi formación profesional. Al personal docente por su paciencia y disposición en todo momento.

A la Dra. Julia Monárrez por su guía y apoyo en la dirección de esta tesis, por el tiempo compartido, sus lecturas y comentarios, por los conocimientos compartidos, y por sus constantes palabras de aliento. A la Dra. Olga Odgers, mi lectora interna por su dirección y atención en todo momento. A la Dra. Luciana Ramos Lira, mi lectora externa, por sus atinados comentarios.

A la coordinadora del programa, la Dra. Margarita Valencia, por su paciencia y disposición en todo momento para solucionar dudas y dificultades, a la Lic. Irene Becerra por sus atenciones y amabilidad constante.

A las diez personas que prestaron su voz para la realización de esta investigación, compartiendo sus historias, les agradezco profundamente.

RESUMEN

El propósito de esta tesis es analizar la influencia del dispositivo disciplinario de la institución psiquiátrica, en las formas en que las mujeres internas configuran performantivamente su subjetividad, en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana (HSLM). El objetivo central es conocer las experiencias de las mujeres internas y sus formas de subjetividad que se construyen por medio del control y disciplina, así como las diversas resistencias que las mujeres elaboran para subvertir a ese control y disciplina. El posicionamiento teórico tiene dos bases: el feminismo postestructural de Judith Butler y el pos-estructuralismo de Michel Foucault. Se toman como categorías centrales: la disciplina y la subjetividad desde los planteamientos teóricos de Foucault, la performantividad desde las propuestas de Judith Butler y las resistencias desde las concepciones de Michel De Certeau. La metodología que guía la investigación es de carácter cualitativo, pensada bajo un paradigma feminista y una perspectiva de género. Esta consistió en la realización de diez entrevistas semi-estructuradas y un trabajo de observación etnográfica. El análisis es un nexo entre estas visiones epistemológicas y la praxis. Por consiguiente, los resultados muestran nociones acerca de cómo las internas resignifican los sentidos de ser mujer en un contexto psiquiátrico, además nos dan algunos elementos de las condiciones de vulnerabilidad y precariedad en las que se encuentran las mujeres en las instituciones psiquiátricas, y arrojan un panorama de las formas de adaptación y resistencia que elaboran las mujeres en estos espacios/contextos.

Palabras clave: **subjetividad, sexualidad, performantividad, resistencia, malestar mental**

The purpose of this study is to analyze the influence of disciplinary device of the psychiatric institution, in the ways in which internal women configured performantively its subjectivity in the Hospital de la Salud Mental of Tijuana (HSLM). The main objective is to know the internal women's |experiences and their modes of subjectivation are built by means of control and discipline, as well as different resistances that women make to subvert that control and discipline. The theoretical positioning has two bases: the poststructural feminism of Judith Butler and Michel Foucault pos-estructuralismo. They are taken as central categories: discipline and subjectivity from the theoretical approaches from Foucault, from proposals by Judith Butler, performantivity and resistances from the conceptions of Michel De Certeau. The methodology that guides the research is qualitative, conceived under a feminist paradigm and a gender perspective. This consisted of ten semi-structured interviews and ethnographic observation work. The analysis is a nexus between these epistemological views and praxis. Accordingly them results show notions about how them internal redefine them senses of be woman in a context psychiatric, also us dan some elements of them conditions of vulnerability and precariousness in which is found the women in them institutions psychiatric, and shed a panorama of them forms of adaptation and resistance that made them women in these spaces / contexts.

Keywords: **Subjectivity, sexuality, performantivity, resistance, psychic illness**

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. SUBJETIVIDAD, PERFORMATIVIDAD DE GÉNERO Y ESTRATEGÍAS DE RESISTENCIA DE LAS MUJERES INTERNAS EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS.....	16
1.1. Cómo posicionar a las mujeres “locas”: el malestar mental como concepto para entender la situación vivida por las mujeres	17
1.2. Las instituciones psiquiátricas como dispositivos de disciplina y de poder, productoras de subjetividad, desde una perspectiva de género.....	21
1.2.1. La biomedicina como un saber hegemónico	23
1.3. La contribución del feminismo en el análisis de los malestares mentales.....	26
1.3.1. El feminismo descolonial y las contribuciones de la perspectiva interseccional: género, clase social, sexualidad	29
1.4. El castigo: el alma y el cuerpo femenino	33
1.4.1. El cuerpo femenino.....	34
1.4.2. El alma femenina	37
1.5. La subjetividad pensada como una performatividad de género.....	38
1.6. Subjetividad femenina	40
1.6.1. El imaginario social de la maternidad y su influencia en la salud mental.....	42
1.7. Los claros oscuros de las instituciones	45
1.7.1. La institución psiquiátrica, un espacio a construir: subjetividades en resistencia.....	46
CAPÍTULO II. MUJERES Y MALESTAR MENTAL: EL CONTEXTO DE LA PSIQUIATRÍA EN TIJUANA	50
2.1. Los malestares mentales en México: panorama general.....	51
2.2. Baja California y la Salud Mental.....	52
2.2.1. Tijuana y la locura	54
2.2.2. El Seguro Popular y la salud mental en Tijuana.....	57
2.3. El Hospital de la Salud Mental de Tijuana	58
2.3.1. Centro IPEBC	59
2.4. Las visitas al Hospital de las Salud Mental	60
2.5. La locura tiene varios rostros: presentación de las mujeres entrevistadas.....	63
CAPÍTULO III. CÓMO LLEGAR AL SUJETO DE ESTUDIO O RUTA METODOLÓGICA UTILIZADA	78

3.1.	La metodología	80
3.1.1.	Metodología feminista y el conocimiento situado.....	81
3.2.	Mujeres internas del Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California.....	82
3.3.	Vicisitudes del trabajo de campo: el Seguro Popular	84
3.4.	Lugar y temporalidad del estudio	85
3.5.	Conceptos y categorías de análisis.....	86
3.6.	Guion metodológico-técnico: fuentes de información, técnicas, instrumentos.	90
3.6.1.	Guía de observación	92
3.6.2.	Guía de entrevista semi-estructurada.....	96
3.7.	Consideraciones éticas	100
3.8.	Trabajo de campo.....	101
3.9.	Justificación de instrumentos metodológicos	103
3.9.1.	Estrategia de análisis	104
CAPÍTULO IV. DETRÁS DE LOS MUROS: EL DISCIPLINAMIENTO DE LOS CUERPOS Y LA CONFIGURACIÓN DE LA SUBJETIVIDAD FEMENINA.....		107
4.1.	La disciplina: el control del tiempo y el espacio	109
4.2.	La paradoja del encierro: el interior y el exterior	111
4.3.	El castigo al llanto o cómo reprimir a las mujeres.....	115
4.4.	Espacios de castigo: el temor al cuarto aislado.....	118
4.5.	Espacios de placer: las recompensas negociadas.....	121
4.6.	No es lo mismo ver los toros desde afuera a estar adentro toreando	123
4.7.	Además de loca pobre: la interseccionalidad: sexualidad, clase social y el género .	127
CAPÍTULO V. COMPAÑERAS DE DOLOR, NUESTRAS ALMAS ENFERMAS: SUBJETIVIDAD FEMENINA ESTRATEGÍAS DE RESISTENCIA Y DE ADAPTACIÓN EN EL INTERIOR.....		130
5.1.	Ser mujer es darse a respetar: significados de ser mujer	131
5.2.	Los efectos del internamiento en la configuración de subjetividades femeninas	135
5.3.	Sexualidad: como dispositivo de control	140
5.4.	Ser mujer es no ser como mi madre: significados de la maternidad.....	142
5.5.	. Formas de adaptación	144
5.5.1.	La reapropiación del espacio: los dormitorios y los patios	144
5.6.	Las resistencias femeninas en el interior	147
5.6.1.	Las resistencias pasivas	148

5.6.2. Resistencias individuales	149
5.6.3. Resistencias grupales: hermanas enfermas	157
CONCLUSIONES	160
Anexo 1. Carta de consentimiento informado	169
Anexo 2 Carta de solicitud de trabajo de campo.	170
Bibliografía	171

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1 Número de afiliados por municipio en el Estado de Baja California	57
Tabla 2.2 Diagnósticos de las mujeres entrevistadas.....	76
Tabla 3.1 Perfiles de las mujeres entrevistadas	83
Tabla 4.1 Cronograma de actividades	110

ÍNDICE MAPAS

Mapa 2.1 Ubicación geográfica de Tijuana.....	55
Mapa 2.2 Distancia al HSMT desde Playas de Tijuana.....	60

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 3.1 Redes de códigos	105
---	-----

ÍNDICE DE GRÁFICA

Gráfica 2.1 Porcentaje de Malestares Mentales en Tijuana 2013	54
--	----

ÍNDICE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 2.1 Centro IPBC FORMA TIJUANA	59
Fotografía 5.1 Taller de pintura.....	151
Fotografía 5.2 Taller de pintura.....	152
Fotografía 5.3 Taller de pintura.....	153
Fotografía 5.4 Taller de pintura.....	154
Fotografía 5.5 Taller de pintura.....	155
Fotografía 5.6 Taller de pintura.....	155

ÍNDICE PLANOS

Plano 4.1 Composición espacial del Hospital de la Salud Mental.....	112
--	-----

INTRODUCCIÓN

Todo esto no es más que puro teatro. Simples tablas y una luna de cartón. Pero los mataderos que se encuentran detrás, éstos sí que son reales.
-Berthold Brech

Por motivos personales y biográficos, me interesé por los temas relacionados con lo que la gente llama “locura”, “sin razón”, “demencia”. ahora los han nombrado como “trastornos mentales” o “enfermedad mental”. Me interesé por la posición política, social, histórica que ocupan y ocuparon aquellos diagnosticados o catalogados como “locos” o “locas”. Fue así que conocí a Rosa. La primera vez que la vi fue en abril del 2012 en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino ubicado en el Distrito Federal. Tenía aproximadamente 50 años. Su rostro presentaba arrugas por todos lados, su cabello era ondulado pero muy corto. Le expliqué que me encontraba en ese lugar para hacerle unas entrevistas por un trabajo de investigación acerca de la creación artística y la esquizofrenia. Rosa llevaba 15 años en internamiento, su diagnóstico era trastorno esquizoide de la personalidad¹.

Ella me relató que después de dos intentos de suicidio ocasionados por no poder decirles a sus padres que era lesbiana, éstos decidieron internarla. Rosa representaba un quiebre en la heteronormatividad sexual y en la subjetividad que le habían impuesto, problemática que talvez pudo repercutir en gran medida en su salud mental. Ya que, de acuerdo con el investigador mexicano Luis Hernández, en su trabajo “Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México” (2005), habla acerca de que los grupos de lesbianas, homosexuales y bisexuales, presentan más riesgos que los heterosexuales de sufrir algún tipo de malestar mental. En suma, este grupo de personas enfrentan distintos tipos de opresión, como la homofobia internalizada, el estigma, el ocultamiento y la posibilidad de presentar ideas suicidas (Hernández, 2005), como le sucedió a Rosa, quien además de todos estos conflictos, tenía que vivir con los síntomas del trastorno esquizoide que padecía desde hace años.

¹ El DSM-V, define el trastorno esquizoide de la personalidad como: un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos.

Una vez en el internamiento, Rosa no volvió a hablar con sus padres, estos según sus palabras la abandonaron, lo único que le quedó, relata, fue la institución psiquiátrica, la cual según me comentó fue la que le dio a su cuerpo una cama, ropa, comida. En la última entrevista que tuve con ella, Rosa me dijo que sentía que jamás volvería a ser libre, que nunca saldría de la prisión en la que la pusieron sus padres. Y así fue, Rosa murió en noviembre del 2014, la causa -según me informaron- fue desconocida.

A pesar de que, solo contaba con el testimonio de Rosa, y con un expediente donde solo ponían la edad supuesta y el diagnóstico. El escuchar sus palabras, así como las de otros pacientes de distintos nosocomios avivaron mi interés por entender e intentar darle sentido a aquello que para mí aparecía como problemático e incomprensible (los diagnósticos, los tratamientos, el estigma). En consecuencia, surgieron distintas interrogantes. La principal era la pregunta, ¿por qué todo aquel que se sale de lo que la sociedad considera una salud “normal”, debe sufrir un tipo de castigo o alguna corrección? A la vez, surgieron otras preguntas ¿a quiénes se les castiga por transgredir la normalidad y a quiénes no?, ¿de qué manera se les corrige? Y ¿a quiénes se les abandona en los hospitales psiquiátricos y a quiénes no?

Dentro de estos cuestionamientos también consideré la existencia de otro tipo de sujetos. Aquellos y aquellas que piden ayuda, y buscan a las instituciones psiquiátricas. Hecho que vinculé a lo que menciona Foucault, sobre que nosotros somos nuestro propio panóptico, que nos vigilamos y autoregulamos. Es decir, el control externo ha sido sustituido por algo más eficaz: el autocontrol interno. De ahí que exista toda una gama de dispositivos para que el autocontrol funcione, por ejemplo: la culpa, el arrepentimiento, los exámenes médicos, las confesiones, etc. (Foucault, 1998). Quizá las personas que buscan ayuda, es porque reproducen este sistema de autocontrol y auto-vigilancia. No obstante, en el caso de Rosa, según su relato, al ser sus padres quienes la internaron, posiblemente, fueron ellos quienes ejercieron esa vigilancia y control, considerando que, Rosa tenía algún problema, algo que ellos no podían manejar.

La historia de Rosa es sólo un ejemplo de las muchas historias que existen en el interior de los 61 hospitales psiquiátricos en México (SSA 2016). Estas historias son el reflejo de una realidad social, donde los “dispositivos de control” como los llamó el teórico francés Michael Foucault (2004:45), fungen un papel muy importante, estos vigilan, controlan y moldean a los

sujetos que se salen de la norma intentando regular sus cuerpos. Como sucedió con Rosa, pues el dispositivo de la institución psiquiátrica, se encargó de moldear su cuerpo, su alma, su subjetividad, pero, a la vez le dio cobijo. De aquí se desprende que, la institución psiquiátrica no solo es una institución de control y disciplina, sino que puede considerarse como un lugar donde las personas pueden ser cuidadas, como lo planteó Félix Guattari (1988).

La problemática social central de este estudio versa sobre cómo operan los dispositivos disciplinarios en el proceso de configuración de subjetividades generalizadas por género, clase social y sexualidad, en el interior de un hospital psiquiátrico de mujeres en México; el Hospital de la Salud Mental, ubicado en Tijuana, Baja California. El interés que ocupa el desarrollo del mismo es reflexionar acerca de las diversas posiciones en las que han situado a los diagnosticados como “enfermos mentales”, que han tomado el lugar de los leprosos, los sujetos con alguna enfermedad venérea o con tuberculosis, para realizar una separación entre los “normales” de los “patológicos” (Foucault, 2004), y particularmente a las mujeres de los hombres, a través de distintos discursos, prácticas y significados (Ussher, 1991). Existe por tanto una cuestión de género que permea el sentido de lo que es estar “loco” o “loca” en esta sociedad.

En muchos de los hospitales psiquiátricos según la Secretaria de Salud (2003), las familias olvidan a las mujeres en internamiento, porque, no pueden hacerse cargo de ellas, aunque cabe mencionar que, posiblemente la mayoría de la sociedad también se ha olvidado de que existen, dejándolas en el abandono, ya que, aún persiste la estigmatización e indiferencia de la sociedad hacia este sector (Flores, 2010). Razón por la cual, este estudio es relevante, ya que desde la teoría y metodología feminista desde la que está planteada se propone generar conocimiento que contribuya a plantear medidas dentro de estas instituciones, con el fin de que las mujeres internas puedan tener una mejor calidad de vida e incluso pensar en alternativas de tratamiento diferentes al internamiento.

Debido a los tiempos determinados para la realización de la investigación, este estudio es transversal, por lo cual, se centra en el momento actual (2015-2016), y no dará seguimiento a los aconteciendo en un tiempo extendido. Esta temática es investigada específicamente en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California, por medio de testimonios obtenidos de entrevistas semi-estructuradas. Se trabajó con una población de 10 mujeres que estuvieron internas en dicho hospital, debido a que el HSMT canceló el convenio con el Seguro Popular, lo

que derivó a que se dieran de alta a muchas pacientes, y no se me permitiera tener acceso al interior, por lo cual se optó por trabajar con las mujeres que el hospital dio de alta.

El objetivo general del estudio es:

Conocer las experiencias de las mujeres internas y sus diferentes formas de resistencia ante las subjetividades construidas por medio del control y disciplina que emergen de la institución psiquiátrica actual y operante, dentro del Hospital de la Salud Mental de Tijuana Baja California.

Esta investigación tiene los siguientes objetivos específicos:

- Analizar las categorías género, clase social y sexualidad como mecanismos de control de las internas en la institución psiquiátrica.
- Conocer las formas de disciplina que la institución psiquiátrica ejerce como mecanismo de control en los cuerpos y almas de las mujeres internas.
- Identificar los discursos de las internas en torno a la sexualidad en un contexto de encierro psiquiátrico.

Justificación: la relevancia de la investigación para los Estudios Culturales

La investigación se encuadra dentro de los Estudios Culturales, ya que, indaga las posibilidades históricas de transformación de realidades vividas por los sujetos y las relaciones de poder en las que se edifican dichas realidades (Pineda, 2013). A su vez, se interesa por las construcciones sociales y las narrativas de los sujetos en constante interacción con la sociedad, compartiendo un lenguaje común (Mattelart y Neveu, 2004). En los Estudios Culturales, las teorías feministas han contribuido de manera importante en la línea de estudios de género, teniendo en cuenta que el género es una dimensión estructurante de la cultura (Lamas, 2007). Por lo que, el presente trabajo pretende contribuir a los estudios sobre mujeres en internamiento psiquiátrico. El interés de la investigación reside en los relatos de los significados y prácticas en torno a la subjetividad femenina, que se configura performantivamente, por medio del dispositivo disciplinario de la institución psiquiátrica. La

relevancia de esta investigación reside en su contribución en los estudios de género y de mujeres con malestares mentales, que, aunque se han hecho diversas investigaciones (Buri, 1991; Ussher, 2003; Vale Nieves, 2012, Sacristán, 2009), no se ahondado en el caso específico de las mujeres mexicanas en un contexto Tijuanaense, una ciudad fronteriza. Así como, tampoco se ha profundizado en la implicación que tiene la influencia del dispositivo disciplinario en los malestares mentales, la subjetividad, el género, la clase y la sexualidad. Asimismo, el estudio busca contribuir a una sociedad de igualdad entre hombres y mujeres. También, busca mostrar de manera distinta a una población de mujeres “enfermas” que ha sido estigmatizada. Por lo que, dentro de los Estudios Culturales, es un tema relevante, debido a que muestra cual es la relación que tenemos con la otredad, con lo diferente.

¿Por qué mujeres?

¿Por qué estudiar a mujeres y no hombres? Dentro de mi experiencia trabajando en hospitales psiquiátricos y mi experiencia como mujer, di cuenta de que existían diferencias significativas de género en torno a la construcción, el trato y el diagnóstico de la locura. Dentro de mi formación profesional como psicóloga pude notar en el campo científico, que los hombres a menudo se presentan como el foco de interés para los psicólogos, investigadores, psiquiatras y teóricos, y que, como plantea Ussher (1991), se excluye a las mujeres de sus análisis. Ejemplo de ello, se puede notar en el campo de las ciencias duras, donde las farmacéuticas prueban los medicamentos en animales machos, justificando que el uso de hembras puede alterar los resultados, debido a los ciclos hormonales que éstas presentan (Marcotte, 2014), por lo que los efectos secundarios de muchos fármacos en las mujeres son desconocidos.

Si bien las mujeres fueron el proyecto de conocimiento para muchos hombres de ciencia como el caso de Sigmund Freud con sus mujeres histéricas, muchas de las teorías derivadas de su pensamiento como las psicoanalíticas, psicológicas y psiquiátricas, fueron hechas por hombres, desde el punto de vista masculino. Blazquez (2010), hace alusión a que el conocimiento no admite marcos conceptuales en los que las mujeres como grupo pasen a ser sujetos o autoras de conocimiento; los hablantes implícitos de las frases científicas nunca eran mujeres, sino supuestamente humanos genéricos (Blazquez, 2010). En consecuencia, existe una invisibilización de las mujeres en la investigación. México no es la excepción, pues

comparte y reproduce un profundo androcentrismo con el resto del mundo, en la producción del conocimiento de la realidad. (Blazquez, 2010). Lo cual ha permitido la generación de conocimientos con sesgos sexistas, que ha provocado, no poder dar cuenta de las distintas realidades y situaciones vividas por las mujeres.

No niego que a los hombres también se les cataloga y clasifica como “locos”, y que estos también sufren y necesitan ayuda, sin embargo, la construcción de la locura en los hombres adopta diferentes formas en nuestra sociedad y éstas tienen distintas raíces que las de las mujeres. Existen dentro de un marco discursivo, diferentes concepciones de la locura tanto en varones como en mujeres. En ese sentido, tienen significados distintos. Para ilustrar este argumento, se pueden observar las estadísticas sobre los ingresos psiquiátricos expuestos en el Informe de la Evaluación del sistema de salud mental en México de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), donde dentro de las causas más frecuentes de ingreso de las mujeres se encuentran los trastornos afectivos, mientras que en los hombres destaca el abuso y dependencia al alcohol.

Las posiciones que se les atribuye a hombres y mujeres son distintas; “mientras que a las mujeres se colocan dentro del discurso psiquiátrico, a los hombres se les coloca dentro del discurso penal, estamos regulados diferentemente” (Ussher, 1991:10). Como referencia tenemos el estudio realizado por Smiley & Fakunle, “The demonization and criminalization of unarmed Black male victims in America” (2016), donde se muestra que, a los hombres afroamericanos, los han posicionado como criminales y peligrosos (Smiley, 2016). Es decir, situamos a la mujer en el arquetipo de la loca histérica, y al hombre en el arquetipo del loco peligroso.

Lo significativo de este estudio es, plantear otro acercamiento al campo de las instituciones totales, contribuyendo metodológicamente al abordaje de mujeres que se encuentran bajo medicación, y que, estuvieron en internamiento dentro de un hospital psiquiátrico. Teniendo herramientas metodológicas y teóricas pensadas desde una perspectiva de género y un paradigma feminista. Asimismo, da a conocer qué tipo de subjetividades femeninas se construyen dentro de estos espacios disciplinarios y por qué se están construyendo de esta manera. De esta forma, se busca recuperar la dignidad humana de estos sujetos con derechos y aportar elementos que puedan convertirse en políticas públicas del sector salud.

La investigación, además, aportó una mejor comprensión a los procesos de subjetividad que tienen lugar en las instituciones psiquiátricas, reguladas por el género, la sexualidad y la clase social. En ese sentido, proporcionó elementos desde una lógica transdisciplinaria a los especialistas de los hospitales psiquiátricos, para que, puedan tener una mirada más crítica, y de esta forma realizar modificaciones en los dispositivos existentes. A mí me permitió establecer un nexo entre la teoría y la praxis, generando conocimiento que beneficiará a las internas de estas instituciones.

La pregunta guía de esta investigación es:

¿Cómo influyen los dispositivos disciplinarios en la construcción de subjetividades signadas por el género, la clase social y la sexualidad de las pacientes del Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California?

Hipótesis

Este estudio se interesa por conocer los procesos de subjetividad genérica que se construyen en un hospital psiquiátrico. En ese sentido, se formularon las siguientes hipótesis

H1.

Los mecanismos de control de los hospitales psiquiátricos aunado a su condición de género, clase social y sexualidad, transforman a estas mujeres en almas dóciles, que son fáciles de manejar y manipular. Esta hipótesis está basada en la postura de Foucault (1998) sobre los dispositivos disciplinarios, desde su perspectiva, por medio de la vigilancia, control y disciplina, las instituciones totales, como lo es el psiquiátrico, buscan la creación de un tipo de sujetos que sean fáciles de moldear.

H2

A pesar de los mecanismos de control del hospital psiquiátrico dirigidos a convertirlas en mujeres dóciles y sus condiciones de género, clase social y sexualidad, las internas generan

mecanismos de resistencia, que convierten a este espacio en un lugar donde pueden reconstruir lazos, recibir cuidados, generar un sentido de pertenencia, y un estado de bienestar. Según De Certeau los mecanismos de resistencia se refieren a aquellas acciones de la lógica institucional. Además, contrario a la postura de Foucault, Félix Guattari argumenta que el psiquiátrico es benéfico para los pacientes, ya que, los ayuda a controlar sus síntomas y no solo hacerlos dóciles, sino que los puede hacer mujeres funcionales, desde estas dos posturas está planteada esta hipótesis.

Marco teórico

Para apoyar este estudio se usaron los aportes teóricos de Michel Foucault, en específico los conceptos de dispositivos de control y disciplina, alma, cuerpo, subjetividad, sexualidad y el concepto de relaciones de poder. Al mismo tiempo, se vincularon estos conceptos con la teoría de la performantividad de género de la post-estructuralista estadounidense Judith Butler. Así mismo, pone de manifiesto que, a pesar de que el psiquiátrico es un dispositivo disciplinario, también se configuran resistencias, por medio de punto de fugas, que construyen las mujeres para salir de la lógica institucional. Para fundamentar esto se toman los planteamientos de Michel De Certeau.

En ese contexto, se toma como punto de partida una visión que pone el acento en la vida cotidiana como productora y reproductora de sentidos, y en la subjetividad como el ámbito microsocioal donde se edifican los procesos de construcción de sentidos en constante y compleja interacción con el entorno sociocultural. Sostendré que los dispositivos de disciplinamiento funcionan como tecnologías que configuran, crean y construyen subjetividades generalizadas en un sentido semejante a la performantividad de género analizada por Butler (2001). En ese contexto, este estudio tendrá una perspectiva feminista, pues propone conocer la génesis de la construcción de subjetividades de las internas con el fin de buscar un cambio social y así tomar acciones para hacer una sociedad más equitativa.

La institución psiquiátrica, según Foucault (2004) funge desde el siglo XVII como un gran dispositivo de control y disciplina. Tanto en las cárceles como en hospitales psiquiátricos las formas de suplicio ya no son visibles, a todo aquel que se le castiga por salirse de la normalidad, se le recluye, se le encierra, se le lleva lejos de la sociedad. Así los que estamos

fuera no nos damos cuenta de los tipos de suplicios y disciplinamientos que reciben estos sujetos, que además de recibir castigos físicos como golpes, también los reciben de un orden simbólico, es decir, “el castigo corporal se ha desplazado al alma” (Foucault, 1975:42). Cabe aclarar que, la idea de la institución psiquiátrica como lugar punitivo es un pensamiento propuesto hace más de cuatro siglos. Por lo que, esta tesis busca conocer qué tipo de disciplinas, suplicios y subjetividades se desarrollan dentro la institución psiquiátrica contemporánea.

Siguiendo a Foucault en la metáfora del cuerpo como la prisión del alma, tenemos entonces que el cuerpo está constituido en determinadas relaciones de poder, es más que solo un ente biológico, es algo producido, que se puede moldear, que se puede controlar, funcionando como un mecanismo de poder dado que es un dispositivo de la sexualidad (Foucault, 2003). Si el autor nos habla acerca del alma cabría preguntarse ¿qué es el alma? El alma según los griegos como Aristóteles y Platón era la sustancia del cuerpo, el acto final y primero de un cuerpo que tiene la vida en potencia (Abbagnano, 2007). Dentro de este estudio, el alma se piensa desde los planteamientos teóricos de Sigmund Freud, el cual menciona que alma es igual a psique, por lo que, alma o psique es la responsable de los procesos y fenómenos que realiza la mente humana como unidad (Freud, 1890). Un alma inseparable del cuerpo que emerge como instrumento de las prácticas de encauzamiento, llamadas disciplinas. Las técnicas disciplinarias buscan moldear un cuerpo a la vez útil y sometido, es decir un alma y cuerpo dócil, la cual estará atravesada por categorías como la clase social, el género, la sexualidad.

La sexualidad, por lo tanto, se presenta como un concepto necesario para pensar la subjetividad femenina. Se puede definir como una elaboración psíquica y cultural sobre los placeres de los intercambios corporales. Es construida discursivamente, regula mediante prohibiciones y sanciones que le dan forma y direccionalidad. Este concepto tiene dos categorías de análisis: la maternidad y la violencia sexual, ambos son factores importantes en la constitución de malestares mentales de las mujeres entrevistadas.

Los planteamientos de Foucault (1998), nos dicen que para mediar el ejercicio del poder se crean distintos dispositivos y agentes disciplinarios (la familia, el saber médico, las cárceles, los hospitales psiquiátricos, el papá, el psiquiatra, el psicólogo, etc.), cuyo objetivo es ejercer el control del sujeto, mediante la vigilancia y el castigo. El sujeto según el autor,

presenta distintos modos de sujeción los cuales están atravesados por relaciones de poder. Dichas relaciones como lo menciona Canal (2005), estarán centradas en la noción de experiencia, entendida como la relación en una cultura entre los campos del saber, los tipos de normatividad y las formas de subjetividad. Por tanto, el poder para Foucault, no existe, sino en una relación, o, en otras palabras, el poder es un modo de acción de unos sobre otros (Foucault, 1979). Cabe aclarar que no sólo es un poder represor, también es productor: produce efectos de verdad y saber, en el sentido de conocimiento y por consiguiente produce subjetividades.

Siguiendo esta línea, podemos decir que la subjetividad genérica también se da mediante la repetición de actos, es decir el género como lo comenta Judith Butler es: “Una identidad construida, un resultado performantivo llevado a cabo que la audiencia social mundana, incluyendo los propios actores, ha venido a creer y a actuar como creencia” (Butler, 1998:297). El género, por tanto, no es una unidad estable, es algo fluctuante. Pero ¿qué hay detrás de esto, detrás del telón que cubre estos actos? Si como lo menciona Butler “el género es una representación que conlleva consecuencias punitivas” (Butler, 1998:300). Podemos aseverar que esta representación está atravesada por relaciones de poder y por tanto por mecanismos de disciplinamiento que moldean el alma y el cuerpo, lo cual supondría que, a través de los actos y repeticiones de estos mecanismos, surgiría un tipo de subjetividades generalizadas. Estos actos sucederán en el discurrir de la vida cotidiana de las internas, a las cuales se les imponen actividades, que día tras días deben repetir.

Los planteamientos de Butler nos posicionan dentro de un enfoque feminista crítico. En ese sentido, este estudio se ubica dentro de lo político en busca “del cambio social como un hecho creativo” (Sprague, 2005: 231), un hecho que desestructura las actuales relaciones sociales y construye nuevas, con el fin de pensar nuevas vías y alternativas para las internas en los hospitales psiquiátricos. El enfoque feminista como lo plantea Joey Sprague (2005), intenta realizar conocimiento que autorice a los desfavorecidos. En ese sentido, el enfoque feminista busca crear un vínculo entre los hallazgos, las interpretaciones, las acciones y las posibilidades de las personas en sus luchas diarias. Al hablar del enfoque feminista dentro de la investigación no estamos hablando de que el punto de vista de las mujeres es el que debe dominar frente a lo masculino, sino que, como lo menciona Blázquez:

Quiere decir que, en lugar de ignorar, marginar, borrar, hacer invisible, olvidar o incluso deliberada y abiertamente discriminar el quehacer de las mujeres en el mundo, se busca indagar en dónde están, qué hacen o no hacen, y por qué. Además, nos permite entender la conflictiva relación entre los géneros y, por lo tanto, comprender mejor el quehacer de los hombres quienes no están solos en este planeta (Blázquez, 2010:40).

Es importante recalcar que, este estudio articula no solo una teoría feminista clásica, sino que también está pensada desde el estructuralismo de Butler y la crítica de Sprague, igualmente desde otros ejes estructuradores del poder, los cuales dejan marcas que en momentos y ubicaciones determinados se inscriben en los cuerpos individuales, impregnan todo desde el control de la sexualidad, la subjetividad, la autoridad y el trabajo, y directamente están expresados en conexión con la colonialidad. Por tal motivo, se toman los aportes del feminismo descolonial, que es “ante todo una apuesta epistémica” (Espinosa, 2014:7).

Se parte de reconocer las críticas que ha sufrido el pensamiento feminista clásico desarrollado por un grupo privilegiado de mujeres. El feminismo clásico en su crítica al universalismo androcéntrico produjo la categoría de género y la aplicó universalmente a toda cultura y sociedad. Por esa razón, como lo menciona Espinosa-Miñoso (2014) una de las cuestiones del pensamiento feminista descolonial y antirracista es radicalizar la crítica al universalismo en la producción de teoría. Desde esta perspectiva se “busca elaborar una genealogía del pensamiento producida desde los márgenes por feministas, mujeres, lesbianas y gente racializada en general” (Espinosa, 2014:7).

Por tal motivo, se propone abordar la interseccionalidad entre clase, género y sexualidad “con el objetivo de entender la preocupante indiferencia que los hombres muestran hacia las violencias que sistemáticamente se infringen contra las mujeres de color, es decir, mujeres no blancas víctimas de la colonialidad del poder e inseparablemente, de la colonialidad del género” (Lugones, 2008, 73).

Por último, se tiene como referencia a la institución psiquiátrica como un dispositivo de control y disciplina, sin embargo, el estudio tiene contemplado estudiar las resistencias que las internas elaboran dentro de estos espacios, las cuales escapan de las lógicas institucionales, se toma el concepto de resistencias propuesto por Michel De Certeau, y su categoría de análisis: fugas, de ese mismo actor.

Estos planteamientos nos ayudarán a esbozar un marco teórico para el hacer cotidiano de las mujeres en el hospital psiquiátrico y de su experiencia en el internamiento.

Metodología

Para contestar la pregunta de investigación planteada y cumplir con los objetivos propuestos tomé la metodología cualitativa y feminista, apoyándome de los aportes de las feministas Butler, Sprague, Ussher, Nieves, y Burin, para la interpretación de los testimonios de diez mujeres que fueron internas en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, y que fueron el resultado de entrevistas semi-estructuradas (Vela Peón, 2008), obtenidas previo consentimiento informado y utilizando como herramientas una guía de entrevista y una grabadora de audio. Así mismo, se realizó observación etnográfica (Guber, 2001), en varios talleres ocupacionales como el de dibujo y joyería, utilizando un diario de campo y fotografías de dibujos realizadas por las internas. De igual forma se revisaron folletos e información sobre la situación de las mujeres con padecimientos psiquiátricos que fueron también incluidos en el análisis.

Estructura de la tesis

La tesis está estructurada en cinco capítulos. En el primer capítulo se presenta el marco teórico-conceptual, dentro de éste se exponen los referentes teóricos en los cuales se inserta esta investigación, así como los conceptos y categorías de análisis, que sirvieron de ejes para el análisis de la información recolectada en campo. La investigación está inserta dentro del paradigma feminista, por lo que se toma la subjetividad genérica desde su carácter performantivo, en ese sentido, es el propósito del capítulo mostrar las bases teóricas, mediante las cuales se analizará la subjetividad, sexualidad y resistencias de las mujeres en contextos de internamiento psiquiátrico desde una óptica de género.

El segundo capítulo contiene una revisión del contexto del problema de investigación. Se describen cuáles son las situaciones específicas de la problemática planteada. Se relata la descripción general del contexto de los malestares mentales en México. Posteriormente, se muestra grosso modo la situación de los malestares mentales en el Estado de Baja California, para continuar con el caso específico de Tijuana, mostrando su ubicación geográfica, así como datos sociodemográficos. Además, se hablará acerca de las características generales del

Hospital de la Salud Mental de Tijuana, y la situación vivida por la cancelación del Seguro Popular. Partiendo de estos puntos, se incluye un breve debate acerca de los recursos dados por los gobiernos al sistema de salud mental en México y en el estado de Baja California. Por último, se presentan a las mujeres entrevistadas, y las vicisitudes que han enfrentado dentro de estos contextos.

El tercer capítulo muestra cual fue la ruta metodológica utilizada durante la realización de esta investigación. Se incluye la elección y la decisión de la metodología cualitativa, así como la perspectiva feminista. También, se incluye una descripción de las sujetos de estudios y los criterios de selección. Posteriormente, se describen las técnicas utilizadas con sus respectivos instrumentos; la observación etnográfica, con su diario de campo, y la entrevista semiestructurada, con su guía de entrevista semiestructurada. Por último, se detalla cómo se construyó el análisis en esta investigación.

El cuarto capítulo muestra el análisis de los resultados de la información recolectada en el campo en contraste con las teorías propuestas. Tiene como propósito mostrar cómo operan las disciplinas en el interior del espacio psiquiátrico. Se toma como referencia el eje conceptual de “disciplina”, y como categorías de análisis los agentes punitivos y los dispositivos disciplinarios, de esa forma se ilustra de qué manera las mujeres entrevistadas fueron controladas y vigiladas durante su estancia en el interior.

En el capítulo cinco se presenta el análisis de cómo esas disciplinas impactaron la subjetividad de las entrevistadas, cuáles sentidos les dan a los significados de ser mujer, cómo éstos cambiaron durante su estancia en el internamiento y cómo se interseccionan con el género, la clase, la sexualidad. Para ello se retoma el feminismo descolonial, los planteamientos teóricos de Michel Foucault con el concepto de subjetividad y se relacionan con la teoría de performantividad de Judith Butler. Así mismo, se menciona cómo vivieron la sexualidad las mujeres entrevistadas, en un contexto disciplinario y con un cuerpo catalogado como enfermo. Para finalizar el capítulo se dan a conocer cuáles fueron los procesos de adaptación y las resistencias elaboradas por las internas para obtener pequeños puntos de fuga y afianzar un grado de autonomía dentro de los contextos disciplinarios del hospital psiquiátrico. Para lo cual, se toman los conceptos de resistencias y puntos de fuga de Michel De Certeau.

Después de los cinco capítulos se incluye un apartado con las conclusiones en el que se presentan los hallazgos más relevantes para la investigación, se retoman las preguntas iniciales, se valoran las hipótesis planteadas. Se incluyen cuestionamientos que quedaron sin resolver, y las dificultades enfrentadas a lo largo de esta tarea. Por último, se incluyen las recomendaciones finales donde se aportan elementos que puedan transformarse en políticas públicas.

Alcances y limitaciones de la investigación

Para el desarrollo de este trabajo, la limitante principal fue lo sucedido en el desarrollo del trabajo de campo, donde el Hospital de la Salud Mental no renovó el subsidio del Seguro Popular con el que contaba, lo que derivó a que no se pudiera realizar una observación al interior de esta institución, por lo que, se tuvo que buscar otras vías para poder reconstruir cómo están distribuidos los espacios dentro de este lugar. Además, por cuestiones de tiempo solo se pudo acceder a pláticas con dos de los médicos en el centro Nueva Vida de Tijuana donde eventualmente se atendían a los afectados por el Seguro Popular, ya que, los médicos de la institución HSMT no quisieron formar parte de la investigación porque su prioridad era resolver la situación del Seguro Popular.

Otra de las limitantes fue el tiempo con el que se cuenta para realizar las etapas de investigación, el cual, no permite que el proceso de investigación pueda realizarse a profundidad; se necesitan tiempos adecuados que permitan construir reflexiones que pongan en contraste las teorías y los hallazgos del trabajo de campo. Así mismo, es menester pensar en tiempos que permitan el análisis y sistematización de la información obtenida en campo. Sin embargo, la información recolectada a través de las entrevistas y la observación en los tiempos establecidos, permitieron ver y comprender un buen panorama de la situación vivida por las mujeres que se encontraban en internamiento en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana en materia de subjetividad, género, clase social y sexualidad.

Entre los alcances de la tesis, se destaca que contribuye a reconocer un vínculo teórico entre el concepto de dispositivo disciplinario y la performantividad de género femenino, en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California. Además, se aporta dentro de los

capítulos de hallazgos los términos **curadores y cuidadores**, que parten del concepto **agentes punitivos** planteado por Foucault, pero, estas figuras se piensan de manera distinta, no solo como los encargados de disciplinar y castigar a las internas, sino, como aquellos que las cuidan, las guían, las instruyen y las premian. Por otro lado, se destaca una noción de espacio dentro de los hospitales psiquiátricos, los cuales son los **espacios de placer**. Por último, se plantea la existencia de tres tipos de resistencia: **pasivas, individuales y grupales**.

CAPÍTULO I. SUBJETIVIDAD, PERFORMATIVIDAD DE GÉNERO Y ESTRATEGÍAS DE RESISTENCIA DE LAS MUJERES INTERNAS EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

Mujer y locura comparten el mismo territorio... se puede decir que entran en una relación concéntrica, un punto central ocupado por una normalidad masculina fundamental. Como un virus insidioso, locura invade, por tanto, la mitología de la mujer, encontrando allí un fondo semiótico que puede usar el propósito de autodefinición.
-Phillip Martin.

Mad Women in Romantic Writing.

Las mujeres internas en los hospitales psiquiátricos performan su subjetividad por medio de la disciplina y control, pero también por otros marcadores sociales como el género, la sexualidad y la clase social. Dentro de este contexto constringente elaboran estrategias de resistencia con el objetivo de encontrar puntos de fuga para subvertir el control y la disciplina. Para el análisis de esta problemática y su implicación con el feminismo y el género, se requiere el enfoque plural del paradigma feminista; este será articulador y guía de las teorías y conceptos a utilizar.

El capítulo presenta una discusión conceptual sobre los temas que orientan teóricamente esta tesis, se iniciará por explicar brevemente el problema de investigación, así como las teorías y el marco conceptual que la esbozan, desde los dispositivos disciplinarios y de poder, la disciplina, los agentes punitivos, el cuerpo, el alma, la biopolítica, con los planteamientos del posestructuralista Michel Foucault. Todos ellos se relacionan con el concepto de performatividad de género de la también posestructuralista estadounidense Judith Butler. Por otra parte, se discutirá el concepto de género y sus intersecciones: sexualidad y clase social retomando los planteamientos del feminismo descolonial. Al mismo tiempo, se agregará el estado de arte del problema, presentando trabajos realizados en otras partes del mundo, acerca de mujeres internas en hospitales psiquiátricos y la configuración de la subjetividad. Como es el caso de los trabajos de la psicóloga argentina Mabel Burin (1987) quien nos habla acerca del malestar mental, concepto retomado en esta investigación, por otro lado, se toman los trabajos de la psicóloga estadounidense Jane M. Ussher (2011) quien comenta sobre las

prácticas sexistas, y la controversia del uso de fármacos en mujeres como una forma de control. Ambas autoras toman un punto importante en la construcción de la subjetividad femenina: la maternidad. En contraste, se planteará que los hospitales psiquiátricos no son solo espacios de aislamiento, sino también son espacios donde los sujetos tienen un lugar para vivir y donde pueden ser cuidados, para lo que se retomarán los planteamientos del filósofo Félix Guattari (1988); y los de la socióloga uruguaya Sara Makowski (1997) para hablar acerca de cómo las sujetos se elaboran pequeñas estrategias de resistencia en espacios represivos y de disciplinamiento.

1.1. Cómo posicionar a las mujeres “locas”: el malestar mental como concepto para entender la situación vivida por las mujeres

Las palabras: “loco”, “loca”, “bipolar”, “depresiva”, “histérica”, “neurótica” etc., forman parte de nuestro léxico, se encuentran en un registro lingüístico entre lo dicho y lo no dicho. A cada una de ellas le hemos dado distintos significados y sentidos, Lipovetsky en “La era del vacío” (2003) citando a Nietzsche menciona: “es mejor cualquier sentido que ninguno” (Lipovetsky, 2003: 57). Siguiendo esta línea, damos cuenta de la necesidad que tenemos por darle un sentido a las cosas.

Ya que, como lo menciona Judith Butler, el lenguaje y el sentido que le damos a este, tienen un poder performantivo (Butler, 1999). En ese contexto, la psiquiatría ha funcionado como una institución que da sentido a aquello que se sale de lo normal; para lograr este cometido han nombrado a los síntomas manifestados en el cuerpo, como trastornos o enfermedades mentales, y los ha registrado en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). El cual, tiene como fin describir y definir las diversas patologías mentales. El manual DSM bien podría compararse con la enciclopedia china de animales fabulosos, descrita por Borges (2005), la cual nos narra el afán del doctor Franz Kuhn de nombrar y clasificar cosas².

²² Dentro de las páginas de la enciclopedia china podemos encontrar una clasificación de animales, que se dividen en: (a) pertenecientes al Emperador, (b) embalsamados, (c) amaestrados, (d) lechones, (e) sirenas, (f) fabulosos, (g) perros sueltos, (h) incluidos en esta clasificación, (i) que se agitan como locos, (j) innumerables, (k)... etc.

En el caso de la psiquiatría, el encargado de dirigir esa tarea es el psiquiatra americano Allen Frances, quien ha sido durante años director del DSM. Manual considerado como la biblia de los psiquiatras; el DSM periódicamente es revisado y adaptado a los avances del conocimiento científico. En la última revisión (la quinta) se amplió considerablemente el número de entidades patológicas (Ramos, 2014). Una vez que se han clasificado, nombrado y registrado cada uno de los trastornos mentales, se le ha dado sentido a lo que sucede en el cuerpo y alma de los sujetos, y que los afecta física y psicológicamente.

Butler (1999), retoma al filósofo británico John Austin para plantear a la performantividad del lenguaje como instauradora de sentido. El autor comenta que al hablar no solo se lleva a cabo un acto locucionario (por ejemplo, decir loca), sino que también se realiza un acto ilocuconario (darle sentido a esa palabra: enferma). La psiquiatría, por lo tanto, cumple una función performantiva, nombrando lo normal y lo patológico. En consecuencia, se lleva a cabo una separación, que en todo caso es una separación lingüística, lograda mediante el diagnóstico. Y que cumple con dos funciones: por una parte, que el anormal (el loco) se identifique así mismo como enfermo, y por otra, que la sociedad tenga una justificación para separarlo de esta.

Un trastorno o enfermedad mental según el DSM-V (2015) es un patrón comportamental o psicológico, caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos y biológicos (DSM-V, 2015). Un trastorno es considerado síntoma cuando es asociado a un dolor, una discapacidad o un riesgo.

Los psiquiatras, si seguimos lo planteado por Austin (1962), al diagnosticar y nombrar a alguien con un trastorno mental o enfermedad mental, posicionan a los sujetos en un lugar pasivo, en el que no tienen mucho que hacer frente a su “enfermedad”. En el caso específico de las mujeres “el etiquetamiento es en gran parte resultado de su desempoderamiento frente a sus contrapartes masculinos” (Sacristán, 2009: 661).

Por lo que, en este estudio no se utilizan los conceptos de enfermedad mental o trastorno mental, sino que, se toma la concepción de malestar propuesto por Mabel Burin (1995). La autora reconceptualiza la noción de malestar tomando los planteamientos de Sigmund Freud propuestos en “El malestar en la cultura” (1931), e incluye en su categoría las desigualdades

de género como punto nodal para acceder a la comprensión de malestar de varones y mujeres. Definiendo el malestar como:

Una sensación subjetiva de padecimientos psíquicos que no se encuadra dentro de los clásicos criterios de salud o enfermedad. Es una noción transicional, a medias subjetiva y objetiva, externa e interna a la vez; es una situación que no refrenda la clásica división dicotómica sano- enfermo, sino que introduce un tercer término, asociado a nociones tales como las de conflicto y crisis (Burin, 1995: 83).

Por lo tanto, el hablar de malestar y no de trastorno mental; se hace referencia a un sentimiento íntimo, subjetivo, de no estar enferma, muchas veces es un dolor psíquico que se manifiesta en el cuerpo. Lo que hay previamente a construir ese síntoma en el cuerpo, es un estado psíquico de insatisfacción, de frustración (Burin, 1995). Al retomar este concepto para este estudio, se posiciona a las mujeres en un lugar activo. Considerando su malestar psíquico como otro modo de estar en el mundo, un mundo imperfecto, angustiante, pero un modo de estar consigo mismas, un recurso para poder sujetarse a este mundo, y así poder tener una capacidad de resiliencia hacia los conflictos que han vivido.

Cabe remarcar que, las posiciones en las que se han colocado a hombres y mujeres en la historia de la locura no es la misma, ambos han sido construidos socialmente en relaciones de poder desiguales e inequitativas. Durante siglos las mujeres han ocupado un lugar único dentro de la historia de las enfermedades mentales, mientras que en los siglos XVIII y XIX se les catalogó como “histéricas”, en los siglos XX y XXI se les etiqueta como “neuróticas” y con problemas de humor causados por descargas hormonales (Ussher, 2011).

En México, se han incrementado los malestares en la población general: las mujeres, presentan una prevalencia de depresión del 6.5% en el último año (y que ocupa el primer lugar como carga de enfermedad) y los hombres un 4.8% de consumo de alcohol. Aunque se ha observado un fuerte aumento en la demanda de atención por malestares en las unidades de atención primaria de la Ciudad de México los servicios de salud no se han incrementado, por lo que solamente cuando se manifiestan de manera crónica y grave se detectan en el segundo o tercer nivel de atención, recibándose por tanto una atención especializada pobre y tardía, lo que hace que el usuario acuda a solicitar ayuda a un tercer nivel de atención (Terrez, 2016).

Según lo dicho, las mujeres presentan prevalencia más alta de depresión. ¿A qué se debe esto? Una hipótesis podría ser que a las mujeres se nos ha educado para ser sentimentales y

vulnerables, a mostrar nuestros sentimientos. Si bien, esto ha ido cambiando, aún permea la idea de la mujer como la débil y frágil debido a que “aquello que se evitaba en la construcción de las concepciones del sujeto (irracionalidad, emocionalidad, corporalidad, etcétera) se colocan del lado de lo femenino” (Amigot, 2009: 9).

Por lo tanto, las mujeres son más propensas a acudir al médico, psicólogo o psiquiatra para resolver sus malestares; mientras que la construcción de la salud mental³ de los varones es distinta, a estos se les educa para reprimir sus sentimientos, a ser fuertes y viriles, han aprendido que las emociones son un signo de debilidad y vulnerabilidad (De la O y Flores, 2012), de ahí que, no acudan o acudan menormente con especialistas de la salud.

Como resultado, la salud mental de mujeres y hombres se ha construido de manera distinta y por tanto también su subjetividad. En ese contexto, este trabajo busca investigar qué tipo de subjetividades configuran las mujeres en el internamiento, a través del ejercicio de poder por parte del dispositivo disciplinario de la llamada institución psiquiátrica. Ya que, el poder no solo es visto como un poder represor sino como algo que produce (De Lauretis, 1989) produce efectos de verdad, de saber, y subjetividades generalizadas y sexualidad.

Para apoyar estos argumentos se tomará como punto de partida el paradigma feminista el cual atraviesa el marco teórico conceptual. Se retoma la investigación feminista ya que tiene el compromiso de mejorar la condición de las mujeres (Eichler, 1987), buscando una sociedad más democrática donde las relaciones entre los sexos sean más igualitarias (Bartra, 2010), lo cual, es uno de los propósitos de esta investigación. Por otra parte, la investigación feminista tiene como punto nodal la deconstrucción, lo cual implica el análisis metódico⁴ de lo publicado sobre el tema de investigación para así descubrir los sesgos sexistas y androcéntricos e intentar corregirlos (Bartra, 2010). En consecuencia, fue relevante el uso de este paradigma para el análisis de lo encontrado en campo.

³ Se entiende por salud mental: un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2015)

⁴ Lo metódico, debe entenderse y apreciarse dentro de un programa que privilegia la eficiencia terminal, por lo tanto, el término y la investigación se debe apreciar dentro de este contexto académico.

1.2. Las instituciones psiquiátricas como dispositivos de disciplina y de poder, productoras de subjetividad, desde una perspectiva de género

Dos de las dimensiones de nuestro marco teórico que son de utilidad para comenzar el estudio de la configuración de subjetividades de las mujeres en un contexto de internamiento en un hospital psiquiátrico, son: los dispositivos de poder y la disciplina. Se toman los planteamientos de Michel Foucault, los cuales intentan dar cuenta de formas más específicas de subjetividad surgidas a partir del siglo XVII en Europa. El aparato teórico del autor es un esfuerzo por trazar una analítica del poder que permita entender su funcionamiento contemporáneo y sus características específicas en sociedades modernas.

Me parece pertinente mencionar que retomar las teorías foucaultianas del poder y la subjetividad para el estudio de un espacio como el de los hospitales psiquiátricos de mujeres en México, puede servir como punto de partida para pensar ciertos fenómenos en este contexto. Asimismo se deben utilizar sus herramientas teóricas de modo no ortodoxo ni esquemático, ya que el mismo Foucault en entrevista con Deleuze (1987), menciona, que su trabajo se debe considerar como una caja de herramientas, un lugar del que se puedan tomar ciertas cosas para pensar, pero que no exige la adherencia a un sistema, y que, además, debe considerarse como una práctica en sí misma y no como la acción de una conciencia iluminada y abstracta desarraigada de la trama misma de relaciones sociales (Deleuze, 1987). Sus planteamientos nos ayudan a crear un nexo entre la teoría y la práctica.

Las instituciones psiquiátricas europeas estudiadas por Foucault, sin duda, no son las mismas que hoy conocemos en México, aunque, posiblemente se parecen mucho a ellas. El sistema psiquiátrico probablemente sigue funcionando de manera similar intentando normalizar a los sujetos que no se ajustan a la norma de salubridad mental. El objetivo del sistema psiquiátrico es el control por medio de los dispositivos de poder y la disciplina de los individuos que le son encargados (Foucault, 2003). El sistema psiquiátrico tradicional que sigue vigente en México, opera bajo la reclusión de enfermos en espacios cerrados, bajo vigilancia médica y psiquiátrica. En consecuencia, existe un internamiento casi de por vida dependiendo la enfermedad (Martin, 2005). Aunque, no se puede reducir la institución psiquiátrica al control y vigilancia, dado que, esta también es un lugar que se encarga del cuidado de las personas con algún malestar, pues su familia no puede hacerse cargo de ellas.

Foucault define a los dispositivos de poder como “un conjunto decididamente heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, y proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas” (Foucault, 1984: 298). El uso de este concepto nos permitirá ver elementos heterogéneos y variables en función de los contextos que operan para producir y regular subjetividades sexuadas y la subordinación de las mujeres. Por otra parte, las disciplinas para este mismo autor, son los “métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y las imponen en una relación de docilidad-utilidad” (Foucault, 2003: 141).

Dichos métodos se intercalan con lo que Foucault denominó funcionamiento específico del poder (positivo, productivo, incitador), cuyo propósito es la producción de un ser humano que pueda ser tratado como un cuerpo dócil. Por lo cual, la disciplina es un dispositivo del poder que “encuentra el núcleo mismo de los individuos, alcanza su cuerpo, se inserta en sus gestos, sus actitudes, sus discursos, su aprendizaje, su vida cotidiana” (Foucault, 1993: 97). En ese contexto, la disciplina es una vía de encauzamiento de control, pero también de producción y transformación de los individuos. Me parece pertinente utilizar estos conceptos para analizar cómo por medio de estos actos disciplinarios repetitivos que ocurren en el transcurrir diario de la vida de las internas se intenta configurar subjetividades femeninas dóciles que sean fáciles de controlar.

Conviene subrayar que, las teorías de Foucault, al igual que otras teorías contemporáneas dejan un hueco al no hablar de género, son por tanto androcéntricas, ya que. “para combatir la tecnología social que produce la sexualidad y la opresión sexual esas teorías (y sus políticas respectivas), negarán al género” (De Lauretis, 1989: 21). Con ello legitiman la opresión sexual de las mujeres. Por este motivo, es importante combinar los planteamientos teóricos de Foucault con la perspectiva de género, dado que, los dispositivos de poder no son neutros desde un punto de vista de género y en ese sentido, el dispositivo de la psiquiatría y la salud tampoco. En ese escenario, el género como categoría analítica nos permitirá aprehender, indagar e interpretar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres, dentro de sus contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos. Como herramienta de análisis, también permite visualizar las concepciones diferentes que hombres y mujeres tienen de sí mismos y de sus actividades (Harding, 1983).

El incorporar la perspectiva de género en temas relacionados con salud y en específico con salud mental de las mujeres nos permite una revisión crítica y la denuncia de las desigualdades e inequidades entre mujeres y hombres (Jiménez, 2013). También, permite el reconocimiento de la diversidad de situaciones y experiencias en salud de mujeres y de varones con el sistema sanitario, lo que deriva en el análisis de las interacciones entre el género y otros determinantes de la salud, como la edad, el estatus socioeconómico, el nivel educativo, la orientación sexual, la localización geográfica, entre otros. En este sentido, se plantean nuevos marcos analíticos más complejos basados en la interseccionalidad entre los ejes de estratificación social (Jiménez, 2013).

Los conceptos tomados en este apartado de Michel Foucault me permitirán conocer cómo es que actúan los dispositivos de poder y la disciplina en un ámbito micro-social como el de la institución psiquiátrica y cuál es su incidencia en la configuración de subjetividades de las mujeres internas. Se debe agregar que, estos conceptos deben ir entrelazados con una perspectiva de género que facilite el entendimiento de cómo se ha ido construyendo la salud mental en las mujeres y con ello se puedan comprender otras dimensiones (sexualidad, clase) y así hacer un análisis más completo de la salud mental y condiciones vividas por las mujeres en el internamiento.

1.2.1. La biomedicina como un saber hegemónico

En el campo de la salud mental de las mujeres, las construcciones sobre salud-enfermedad se han formulado a partir de teorías, prácticas y discursos, que utilizan ideologías que presentan sesgos sexistas y una perspectiva arraigada en un modelo médico hegemónico (Burin, 1991). Denominamos sexismo a “la utilización de modos de percibir y operar sobre la realidad desde una perspectiva que coloca al género masculino como modelo de toda aproximación a la realidad” (Burin, 1991: 22). Es por eso que, se ha construido todo un sistema opresivo sobre el género femenino. Olvidando que si hombres y mujeres son diferentes para enfermar también lo son para sanar.

Por otra parte, el modelo médico hegemónico tiene como características: el biologismo, la a-historicidad, la a-sociabilidad, el individualismo, la eficacia pragmática (Menéndez, 1987). En ese sentido, este modelo deja fuera los factores de orden histórico, político y

económico que han permitido desarrollar los discursos en torno a la salud mental de las mujeres. En consecuencia, desarrolla una práctica centrada principalmente en la enfermedad (Linardelli, 2015).

Dentro del modelo médico hegemónico, la biomedicina se ha consolidado como un saber hegemónico en el campo de la salud, en particular en el de la salud mental, se apoya en el avance de estrategias de medicalización, en investigaciones farmacológicas y en el mercado construido en torno a la compra venta de bienes de servicios de salud (Linardelli, 2015). De manera que, esta hegemonía ha producido la exclusión de conocimientos alternativos, los cuales utilizan lógicas explicativas menos restrictivas y más complejas. Habría que decir también que, excluyen a esos saberes alternativos, porque estos saberes consideran a la salud como resultado de la interacción de múltiples determinaciones sociales, políticas, culturales, económicas y no solo toman en cuenta cuestiones biológicas.

Es así que, existe una considerable medicalización de cualquier malestar mental, hay, por tanto, una configuración de “estados médicos abiertos”, característicos de sociedades modernas donde impera una medicalización sin límites, perpetua y constante (Foucault, 1998). De modo que, se deja de lado la capacidad de resiliencia de los seres humanos para afrontar, resignificar y sobreponernos a las adversidades que nos aquejan. De donde resulta que “si vivimos inmersos en una cultura que echa mano de las pastillas ante cualquier problema, se reducirá nuestra capacidad de afrontar el estrés y también la seguridad en nosotros mismos” (Ramos, 2014). Lo anterior no quiere decir que los fármacos no sean necesarios y útiles en malestares mentales severos y persistentes, que son la causa de discapacidad y muerte en el mundo (OMS, 2015). Sin embargo, no siempre es necesario la medicalización del malestar.

Los sesgos sexistas y el modelo médico hegemónico son conceptos relevantes para comprender la situación vivida por las mujeres dentro del internamiento en los hospitales psiquiátricos. Cabe mencionar que, las teorías y prácticas en torno a la salud mental de las mujeres no son autónomas; están sostenidas por sujetos e instituciones que toman para ellas la puesta en discurso acerca de la concepción de la salud y enfermedad mental de las mujeres, por tal motivo es necesario hacer uso del concepto foucaultiano de “agentes punitivos”. Estos medían el ejercicio del poder, controlando a los sujetos por medio de la vigilancia y el castigo (Foucault, 1998), a la vez que también recompensan, siendo una forma de contención de la subjetividad de las internas. El termino agentes punitivos lleva una carga que solo nos remite

al castigo o recompensas, por lo que se propone por el momento llamarlos “Agentes reguladores”.

En ese marco, los médicos, psiquiatras, enfermeras, cuidadores, y policías que trabajan en los hospitales psiquiátricos cumplen el papel de agentes reguladores. La condición de estos agentes, implica criterios de competencia y saber; instituciones, sistemas, normas pedagógicas, junto con condiciones legales que le otorgan el derecho a articular tales discursos, reivindicado para sí el poder de conjurar el sufrimiento o decretar su alivio (Foucault, 1984). Desde esta perspectiva, son ellos los que tienen el poder legítimo de diagnosticar quién está o quién no está enfermo; los diagnósticos realizados presentan sesgos sexistas que pueden ser individuales, institucionales y estructurales.

Estos sesgos, han permitido que los agentes punitivos diagnostiquen enfermedades mentales más fácilmente en las mujeres que en los hombres, como lo comenta el médico feminista mexicano Roberto Castro (1998), el cual hace mención de que los médicos tienden a ver a la mujer en una condición de fragilidad en relación con los hombres, este hecho las hace más predispuestas a ser un grupo al cual se le diagnostiquen más enfermedades tanto física como psicológicamente (Castro, 1998). Linardelli, comenta distintas investigaciones que se han desarrollado desde diversas disciplinas, confirmando que en las instituciones médicas y psiquiátricas resultan etiquetados como enfermos más fácilmente los cuerpos femeninos en comparación con los masculinos (Andreani; 1998; Diéguez, 1999; Ortega Ruiz, 2011; Vale Nieves, 2012, Linardelli, 2015).

Un punto importante a tomar en cuenta es que en el modelo médico hegemónico de la psiquiatría los agentes reguladores están entrenados bajo modelos masculinos de ciencia, los cuales destacan la objetividad, en consecuencia, existe una la separación entre el sujeto que conoce (médico, psiquiatra, psicólogo) y los sujetos que son conocidos (mujeres y hombres internos) (Castro, 1998). En ese contexto, las conversaciones durante el diagnóstico se realizan en términos meramente clínicos, ponderando casi exclusivamente indicadores biológicos (Linardelli, 2015). Lo que ocasiona el silenciar las experiencias subjetivas de las mujeres, al mismo tiempo se les niega su papel como sujetos y sus condiciones sociales en los procesos de salud/enfermedad/atención (Linardelli, 2015). De esa forma, los agentes reguladores tienen una relación jerárquica que se agudiza en el caso de mujeres de estratos sociales más bajos (Castro, 1998).

Dentro de la institución psiquiátrica, los agentes reguladores ejercen un rol que la sociedad les ha autorizado y que la ciencia ha legitimado; cumplen la función de vigilar, disciplinar, corregir a las mujeres que se encuentran internas. Pero también, permiten contener los síntomas y mantener estables los malestares mentales de las mujeres. En este estudio, este concepto posibilitará comprender de qué manera estos agentes a través de discursos y prácticas, que se encuentran dentro de un modelo médico hegemónico y bajo una epistemología masculina moldean el cuerpo y la subjetividad femenina de las internas.

1.3. La contribución del feminismo en el análisis de los malestares mentales

El feminismo ha sido fundamental en el estudio de los malestares mentales de las mujeres. En torno a éstos muchas críticas feministas destacan la importancia de ver a los malestares mentales más allá de una condición biológica, tal es el caso de M. Ussher, quien propone el estudio de las condiciones vividas por las mujeres en contextos de internamiento psiquiátrico, incluyendo las dimensiones salud y enfermedad como conceptos históricos construidos socialmente (Ussher, 1991). Los feminismos han extendido esta crítica para demostrar que también es una construcción de género.

En esa línea de ideas, los feminismos proponen analizar la forma en que los factores sociales y condiciones de vida de las mujeres repercuten en sus malestares mentales. Ya que, en el contexto de sociedades patriarcales, comúnmente las mujeres sufren experiencias de violencia física, psicológica, simbólica y sexual, aunado a las dificultades para acceder a condiciones igualitarias en el mercado de trabajo; desigualdades en el acceso de derecho y justicia; limitantes para decidir sobre su propio cuerpo, etc. (Linardelli, 2015). Por lo que, se ha propuesto analizar además de la parte biológica de los cuerpos, las experiencias, contextos y diversas situaciones que han llevado a las mujeres y varones a padecer de distintas prevalencias a ciertos tipos de malestares mentales.

Por otra parte, Ussher destaca que dentro del feminismo existe una larga historia de rechazo a los diagnósticos de la locura femenina, lo que trajo como consecuencia una condena por parte del feminismo a la psiquiatría, al ubicarla como una disciplina que actúa para regular y oprimir a las mujeres (Ussher, 2011). Las primeras feministas de finales del siglo XIX y principios del siglo XX reportaron sus propias experiencias con el diagnóstico y tratamiento

psiquiátricos recibidos tras internamiento. Muchas dedicaron sus vidas a informar los abusos y maltratos que recibieron bajo el pretexto de “tratamiento”, convirtiéndose en defensoras de las mujeres con enfermedades mentales (Ussher, 2011). En la actualidad, aunque la institución psiquiátrica pretende mejorar la condición, el trato y el diagnóstico de las mujeres, el modelo médico hegemónico mexicano sigue operando de una manera androcéntrica y sexista, lo que conlleva al sometimiento de las mujeres.

Como un constructo social la psiquiatría mexicana, continúa reproduciendo los sesgos androcéntricos, desprendidos de las experiencias de género de la sociedad en la que se construyen (Busfield, 1996). Para ejemplificar esto, tenemos el manual DSM en sus distintas versiones, el cual hace una concepción de las mujeres como pasivas y emocionales, en tanto que muestra a los varones como autónomos y racionales (Boverman, 1970; Cermele, 2001). Por otra parte, tenemos que los roles de género asignados a las mujeres: esposas, madres y amas de casa, han contribuido a configurar subjetividades femeninas vulnerables y de patologías de género femenino (Burin, 1990), que favorecen a que las mujeres sean más susceptibles a ciertos diagnósticos y padecimientos mentales. En consecuencia, se ha posicionado a las mujeres en condición de subordinación, desempoderamiento y falta de recursos materiales y simbólicos (Sacristán, 2009), lo cual ha afectado de manera considerable su salud mental.

En este estudio, es relevante retomar los planteamientos de la teoría feminista porque, constituyen un esfuerzo académico que ha demostrado que existe “toda una realidad de dominación sobre la mujer que había sido totalmente ignorada por la historia oficial (masculina) de la ciencia” (Castro, 1993: 390), por lo tanto, también dentro de los malestares mentales. Al retomar la perspectiva feminista, podemos hacer un análisis del cómo y por qué el orden social se traduce en tipos específicos de padecimientos mentales femeninos, así como el hacer visible las condiciones específicas de las mujeres: el poder, las jerarquías, la explotación, dominación y marginación que experimentan en un sistema androcéntrico, y que repercute en su salud mental (Busfield, 1996). Al considerar los entramados en los que están inmersas las mujeres se pone de manifiesto la doble desventaja que sufren, por un lado, hace factible que sus comportamientos y estereotipos de género sean percibidos como indicativos de padecimiento mental y, por el otro, el desempoderamiento hace ciertas experiencias más traumáticas y angustiosas (Chesler, 2005).

Las aportaciones feministas han sido y son fundamentales para el estudio de los malestares mentales, pues han repercutido de manera significativa en la conceptualización realizada por la OMS sobre salud mental, así como, en la organización de sus programas y políticas (Ordorika, 2006). Por lo tanto, es en los saberes médicos donde la capacidad crítica y analítica de la teoría feminista se ha utilizado, permitiendo poner en evidencia el papel que juega la ideología y el conocimiento en las estructuras de dominación que oprimen a las mujeres (Castro, 1993). En este estudio la perspectiva feminista y de género se inscriben dentro de los saberes alternativos, los cuales rompen con los saberes hegemónicos como la biomedicina, cuestionando los vínculos existentes entre saberes médicos-psiquiátricos y patriarcado. Así mismo, cuestionan las investigaciones biomédicas que han excluido a las mujeres, buscando incorporar elementos culturales y sociales para explicar los malestares mentales (Linardelli, 2015).

Las estadísticas sobre los porcentajes mayores de trastornos mentales en las mujeres, principalmente los de tipo afectivo (como la depresión) han sido analizados desde diferentes perspectivas, entre otras, la teoría feminista los considera indicadores de la opresión a la que están sujetas las mujeres (Chesler, 1972). Para ilustrar este argumento, tomamos el estudio Social Determinants of Mental Health (2014), realizado por la Organización Mundial de la Salud, en el cual se presenta que los estados depresivos tienen relación con la restricción de capacidades de las mujeres por su contexto social, en las que se contemplan: no finalizar la educación secundaria, sufrir violencia doméstica, pasar por trabajos de baja remuneración, tener dificultades para poder alimentar y vestir a sus hijos. Lo que conlleva a estados de ánimo y sentimientos de desesperanza y desamparo, que se asocian directamente a los malestares ocasionados por depresión (OMS, 2014), y que mantienen en opresión a las mujeres.

Otras autoras como la psicoanalista Dio Bleichar y la doctora en Ciencias Sociales Flor Andreani, comentan que los estereotipos de la feminidad constituyen factores de riesgo para la salud mental de las mujeres; rasgos como la autodesvaloración, la represión de los impulsos activos fuera de la vida privada, la dependencia, la autoculpabilización, la idea de una supuesta debilidad y la represión de la ira, se muestran como características típicas de la subjetividad femenina, ocasionando mayor vulnerabilidad ante la depresión (Dio Bleichmar, 1992; Andreani, 1998). A su vez, sobresale como factor de riesgo para el desarrollo de cuadros depresivos, situaciones de violencia física, emocional, sexual y simbólica a las que se ven

expuestas algunas mujeres (Andreani, 1998). Actualmente la depresión es el malestar mental más común en las mujeres, con una prevalencia femenina de dos por uno en relación con los varones (Valls-Llobet, 2009).

Es claro que, los feminismos han sido de suma importancia en el análisis del malestar mental de las mujeres; no obstante, también es necesario poner de manifiesto sus limitaciones. Una de las más significativas, es que la mayoría de los trabajos han privilegiado el análisis de los discursos en torno a la patologización de lo femenino, además de las prácticas ejercidas por los médicos hacia las mujeres (Sacristan, 2009). Por lo que, han tenido una mirada unilateral, lo que ha producido lecturas parciales del problema de la salud mental (Sacristan, 2009). Sin embargo, nos han mostrado un panorama que era desconocido e invisibilizado en torno a las problemáticas de las mujeres en el ámbito de la salud/enfermedad.

En síntesis el problematizar los conceptos salud/enfermedad permite construir las claves para entender las diferencias de género entre varones y mujeres, para que, se pueda construir conocimiento, sin sesgos, por lo que, el incluir un paradigma feminista en esta investigación da paso a analizar las posturas desde las que se ha construido el concepto de salud/enfermedad mental de las mujeres y por lo tanto, su subjetividad, de esta manera se posibilita comprender qué significados le atribuyen las mujeres diagnosticadas a la subjetividad femenina. Por ello los conceptos, teorías y análisis de esta investigación estarán pensados desde el paradigma feminista.

1.3.1. El feminismo descolonial y las contribuciones de la perspectiva interseccional: género, clase social, sexualidad

Los feminismos han contribuido a la investigación de la salud mental de las mujeres, y en acabar con la opresión que sufren estas mujeres en el internamiento; sin embargo, estas teorías están hechas desde otros contextos sociales, culturales e históricos, que distan del contexto en el que se desarrolla esta investigación, Tijuana, Baja California, México. Por ello, se plantea una articulación entre estas teorías y los aportes del feminismo descolonial.

El feminismo descolonial tiene un pensamiento crítico acerca de las epistemologías feministas clásicas sobre las que se han creado los grandes referentes de las teorías feministas que buscan explicar la opresión basada exclusivamente en el sistema de género. En este

sentido, la filosofía Yuderkys Espinosa-Miñoso, comenta que el feminismo descolonial busca recolectar los planteamientos feministas clásicos y desde el pensamiento producido por voces marginales y subalternas, mostrar la interseccionalidad de los diferentes sistemas que se conectan con el género e inciden en la subordinación de las mujeres como son la sexualidad, la clase social, la raza, la etnia, y la ubicación geopolítica (Espinosa, 2014). Desde este conocimiento situado, se busca desarticular la estructura de opresión desde un punto de vista no eurocentrado.

Una de las hipótesis de este estudio es que las mujeres internas en hospitales psiquiátricos sufren opresión por parte del dispositivo de poder y de los agentes punitivos. Si tomamos los planteamientos del feminismo descolonial podemos pensar que dicha opresión se fundamenta en un sistema de conocimiento y producción del mundo de la vida, un sistema de clasificación social, dentro del cual han surgido las categorías dominantes de opresión (género, clase, sexualidad), sistema instituido a través de la empresa colonizadora y la razón imperial a su servicio (Espinosa, 2014).

En ese orden de ideas, este estudio retoma la interseccionalidad entre género, clase y sexualidad. Definiendo la interseccionalidad como “la expresión de un sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas” (Chenshaw, 1998: 359). Desde esta perspectiva, la subordinación interseccional es, a menudo, la consecuencia de un factor de discriminación que, al interactuar con otros mecanismos de opresión ya existentes crean, en conjunto, una nueva dimensión de desempoderamiento (Chenshaw, 1998). Al tomar la interseccionalidad se analiza el funcionamiento articulado e inseparable de clase, género y sexualidad, lo que permite dar visibilidad a las mujeres que han sido excluidas de numerosos análisis feministas.

Dentro del campo de la salud mental, la interseccionalidad permite analizar e identificar que, junto con el género, clase y sexualidad, se enlazan las construcciones de lo normal y lo patológico, las cuales no actúan de manera independiente de las categorías que producen desigualdades sociales (Linardelli, 2015). Lo que da como resultado, que la normalidad y anormalidad se encuentren ligadas a relaciones de poder que oprimen a ciertos grupos sociales, que usualmente son objeto de procesos de patologización (Linardelli, 2015), tales como los jóvenes, los homosexuales, las mujeres. Por lo que los aportes de la interseccionalidad permiten en este estudio hacer presentes el modo en que se enlazan las

experiencias, condiciones de vida, identidades y subjetividades de los sujetos en la producción de ciertas formas de malestares subjetivos.

El concepto de género ha sido central en de la teoría feminista, constituye una categoría explicativa de la construcción social, cultural, histórica y simbólica de los hombres y de las mujeres sobre la base de diferencia sexual (Hernández, 2006). Se encuentra presente en todas las sociedades, y permea todas las dimensiones de la vida social y privada (Harding, 1983). Podemos definir el concepto de género como una construcción simbólica e imaginaria que comporta atributos asignados a las personas a partir de la interpretación cultural de su sexo: distinciones biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, afectivas, jurídicas, políticas y culturales impuestas. Así mismo, la sexualidad se vive en función de una condición de género que delimita las posibilidades y potencialidades vitales. El orden fundado sobre la sexualidad (el género), se constituye entonces en un orden de poder (Lagarde, 1990).

La categoría de género tiene un peso importante en el campo de la salud mental de las mujeres, puesto que determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y su salud mental, su posición y condición social, así como el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental (OMS, 2005). Así como, también es importante para la configuración de la sexualidad, en contextos de salud/enfermedad.

La sexualidad, implica un cruce entre naturaleza y cultura (Guash, 2013), abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (OMS, 2011). Se puede definir como una elaboración psíquica y cultural sobre los placeres de los intercambios corporales. Construida discursivamente, regulada y reglamenta mediante prohibiciones y sanciones que le dan forma y direccionalidad. Este concepto es de utilidad para entender cómo la enfermedad mental ha servido como una forma de controlar la sexualidad de las mujeres como lo plantea Jane Ussher (1999) y en específico hacerlo en el contexto tijuanaense.

Las categorías de análisis del concepto de sexualidad son dos: la maternidad y la violencia sexual. La violencia sexual consiste en la imposición de relaciones sexuales de la

pareja masculina (González, 2004; citada por Monárrez, 2010). Se presenta cuando el hombre obliga a la mujer a realizar cualquier acto erótico, al sometimiento de prácticas sexuales dolorosas o desagradables en contra de su voluntad, también se considera violencia sexual a los comentarios sarcásticos o denigrantes, las burlas en torno a la sexualidad de la mujer, el acoso, el tocamiento (Torres, 2001; citada por Monárrez, 2010). La violencia sexual ocasiona que una mujer sea más propensa a sufrir algún padecimiento mental (Inmujeres, 2010).

La maternidad es otra parte de la sexualidad, puede ser definida como una construcción multideterminada, cruzada por discursos y prácticas sociales, condensados en un imaginario complejo y poderoso que al mismo tiempo produce y resulta en género (Palomar, 1995), compuesta por dos elementos centrales que la sostienen; el instinto materno y el amor maternal. Autoras como Burin y Ussher, manifiestan que la maternidad durante mucho tiempo ha sido garante de la salud mental, aunque, actualmente este argumento ha perdido peso, es menester tomar esta categoría, pues es un imaginario que ha permeado e impacta en la vida de todas las mujeres y en consecuencia también su salud mental.

Otra de las dimensiones permeadas por el género es la clase social, para su concepción se retoman los planteamientos de la historiadora y feminista italiana Silvia Federici, expuestos en su libro *Calibán y la Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria* (2010), en dicho texto la autora desarrolla el concepto de acumulación originaria propuesto por Marx para mostrar cómo el proceso específico del capitalismo afectó de manera específica a las mujeres, lo que trajo consigo una división sexual del trabajo; donde los hombres se encargan del trabajo productivo y asalariado, en tanto que, las mujeres son las responsables de las tareas reproductivas, trabajo que se invisibiliza y no recibe paga. Lo cual, concuerda con lo propuesto por Alejandro Cervantes Carso, quien nos habla acerca de que la división sexual del trabajo se funda en la idea de que hay ciertas características innatas en los hombres y mujeres, que lo consideran aptos para ciertos tipos de tareas, en tanto que los imposibilita para otras (Carso, 1994)

Existen dos clases sociales emergentes: la capitalista y la trabajadora. La primera hace alusión a la mente del nuevo sistema burgués, la segunda refiere al cuerpo, a las manos de ese régimen. El dualismo entre mente y cuerpo que existe en torno a estos dos tipos de clase social, han sido la base de un concepto patriarcal en el que las mujeres se identifican con el

cuerpo y la naturaleza, lo que supone la devaluación de reproducción y la posición social de las mujeres como inferior en oposición con los varones (Federici, 2010).

Podemos condensar lo dicho hasta aquí, planteando que el feminismo descolonial, es otra alternativa para el estudio de las mujeres, las cuales han sido excluidas del feminismo clásico que toma como unidad de sentido a las “mujeres” dejando fuera otras dimensiones. Para este feminismo la reflexión más relevante sigue siendo la opresión de las mujeres por el hecho de ser mujeres (Espinosa, 2014). En consecuencia, la clase, el género y la sexualidad aparecen como formas secundarias de opresión que no se relacionan con la opresión principal, por lo que se tienden a naturalizar como si no fueran sistemas estructurales de dominación que han terminado definiendo y organizando el mundo y la vida social dentro de los cuales están las mujeres (Espinosa, 2014).

Razón por la cual, se propone cuestionar la unidad central de opresión de las mujeres articulando otras dimensiones que den cuenta de las experiencias vividas por ellas, así crear otros significados en la vida singular y colectiva. A su vez, la intersección de categorías como clase, género y sexualidad, constituyen una herramienta crítica, que permite complejizar los análisis del campo de la salud mental, a su vez, considerar de modos menos absolutos las situaciones de las mujeres que, además de ocupar lugares subalternos en la estructura social, sufren algún padecimiento mental.

1.4. El castigo: el alma y el cuerpo femenino

En el libro *Vigilar y castigar* (1998), Michel Foucault expone que “el alma, es efecto e instrumento de una anatomía política; el alma, cárcel del cuerpo” (Foucault, 1998:15). En esta metáfora, Foucault nos habla acerca de la metamorfosis en los actos de castigar a aquellos que violan o transgreden la ley o la anormalidad; al principio los castigos se realizaban de una manera lenta sobre el cuerpo de los castigados en un acto público, con el objetivo de generar temor en el imaginario social, mostrando la existencia de una presencia más fuerte que podía castigar. Con el tiempo los castigos públicos y grotescos se fueron refinando y universalizando, dando paso a las prisiones y hospitales psiquiátricos (Foucault, 1998). Dentro del terreno de la psiquiatría el tratamiento médico toma el lugar de castigo en la sanción de la

anormalidad, a la par que proporciones crecientes de comportamientos se incorporan al terreno de la enfermedad y al control médico (Linardelli, 2015).

No solo es en el cuerpo, sino también en el alma, donde se ejercen los castigos, es ahí donde las disciplinas son insertadas con el fin de intentar moldear al sujeto. En ese contexto, cabría preguntarse ¿cuál alma y cuál cuerpo? Se plantea una discusión sobre el concepto de alma. Tomando los aportes del filósofo griego Aristóteles con su concepción de alma como esencia de todas las cosas, en conjunto con los planteamientos del filósofo francés Rene Descartes, que habla de que el alma se encuentra en la glándula pineal, para finalizar con los aportes de psicoanalista Sigmund Freud, quien concibe el alma como la psique. El concepto de cuerpo está pensado desde los planteamientos teóricos de Michel Foucault en su libro *Vigilar y Castigar* (1998). Cabe aclarar que, ambos conceptos tomados de estos marcos conceptuales teóricos, cuentan con un sesgo de género, porque, fueron realizados desde una mirada androcéntrica. En este estudio se enmarcan dentro de la perspectiva de género. El uso de dichos conceptos, tiene relación con la disciplina y los dispositivos disciplinarios descritos anteriormente, a su vez, se correlacionan con la subjetividad femenina.

1.4.1. El cuerpo femenino

El cuerpo, es una entidad que se configura por relaciones de poder. Foucault (1998) menciona que el cuerpo es un mecanismo de poder, una anatomía política dentro de la cual se encuentra una nueva tecnología del poder de castigar, en palabras del autor “el cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone. Una anatomía política, que es igualmente una mecánica del poder está naciendo. La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos dóciles”. (Foucault, 1998:141).

Según lo dicho los cuerpos son construcciones de los mecanismos de poder, son dóciles porque pueden ser sometidos, utilizados, transformados y perfeccionados (Foucault, 1975). Es así que, los cuerpos de las internas también están en constante construcción, ya que, el dispositivo disciplinario de la institución psiquiátrica intenta fabricar cuerpos “dóciles”, que puedan ser perfeccionados en cuerpos sanos.

El cuerpo es además la primera evidencia indiscutible de la diferencia humana, lo que lleva consigo a cómo se percibe al otro, al extraño: en primer momento a la mujer, después al

de diferente color, o de diferente tamaño, para llegar así a otro tipo de diferencias, como culturales, políticas, religiosas o sexuales (Lamas, 1996). El cuerpo es la primera escala geográfica, es el espacio primero donde se localizan los sujetos, sus límites resultan permeables respecto a los otros cuerpos (Soto, 2013). El reconocimiento de la otredad nos permite plantear que el cuerpo femenino y el masculino se han construido de distinta forma, el conocimiento y experiencia que la mujer o el varón tendrán de su cuerpo, estará determinada tanto por factores biológicos y psíquicos como de contexto histórico y social en el que se desenvuelvan.

La sociedad ha limitado a los cuerpos a determinadas zonas en función de una distribución asimétrica del poder entre los géneros (Preciado, 2002). Al cuerpo femenino a partir del renacimiento lo han reducido al mito que vincula a las mujeres con su órgano reproductor (Andreani, 1998). En consecuencia, la medicina y la psiquiatría se han valido de ello para justificar las desigualdades sociales entre mujeres y varones, por medio de diferencias anatómicas, fisiológicas y patológicas de los sexos (Ortega, 2011). Históricamente dichas diferencias sirvieron para intentar explicar la subordinación de las mujeres por su naturaleza, de ahí que, las primeras teorías psiquiátricas atribuyeran los problemas mentales que podrían sufrir las mujeres a sus características biológicas para la reproducción. Por lo que, se consideraba que las mujeres eran más propensas a sufrir de algún padecimiento psiquiátrico debido a una supuesta relación, que vinculaba el sistema nervioso con los órganos reproductivos (Linardelli, 2015).

Es por esto que, los diagnósticos y tratamientos también se enfocaron en los órganos reproductivos; era habitual inspeccionar los genitales para diagnosticar cualquier enfermedad, así como extirpar los órganos reproductivos femeninos en pos de una supuesta cura (Diéguez, 1999; Ruiz, 2004; Cid, 2008). De modo que, se crea el imaginario de que la vida de las mujeres es una sucesión de crisis terribles derivadas de los ciclos reproductivos, y a la vez, se concibe al cuerpo femenino como naturalmente débil, propicio para enfermar y padecer malestares mentales (Linardelli, 2015). De esta manera se hacen presentes estrategias de control social, entre las que se encuentra el confinar el cuerpo de las mujeres al ámbito privado.

Las investigaciones feministas han puesto en evidencia que, en los discursos psiquiátricos sigue vigente la idea que relaciona el cuerpo femenino, específicamente los

órganos reproductivos, con la conducta y subjetividad de las mujeres. Para ejemplo de ello, los diagnósticos de depresión posparto, la relación entre la menopausia con la depresión y el trastorno bipolar (Vale Nieves, 2012). Para ilustrar mejor este argumento, conviene subrayar la problemática generada por la decisión de redefinir el Síndrome Premenstrual (SPM) como “Trastorno Disfórico Premenstrual” (TDPM), realizada por la Sociedad Psiquiátrica Americana (APA) en el año 1985, teniendo como finalidad incluirlo en la última versión del DSM III. Lo que trajo como consecuencia que diversos grupos se pronunciaran al respecto.

El primero de ellos fue el grupo caracterizado por distintos profesionales de la salud y la salud mental de diversas disciplinas (psicología, ginecología, trabajo social, etc.), quienes consideraban que el SPM era un problema médico y no psiquiátrico. Por otro lado, se encontraba el grupo de mujeres feministas, las cuales argumentaban que el etiquetar los malestares de las mujeres como SPM y TDMP, ocasionaban ver al cuerpo femenino desde una visión de enfermedad, que seguía reproduciendo nociones sobre la relación entre las hormonas femeninas y la irracionalidad. Por último, se encontraba el grupo de mujeres que padecían estos malestares, quienes se manifestaron por medio de cartas dirigidas a la APA (Figert, 1995). Dichos grupos declaraban su inconformidad con la disciplina psiquiátrica, ya que al considerar que un malestar común en las mujeres, como un padecimiento psiquiátrico, no permitía ver las otras realidades subjetivas de la feminidad. Por lo que, existió un gran cuestionamiento en la objetividad de la psiquiatría como ciencia, posicionándola como una ciencia androcéntrica.

Finalmente, la problemática se solucionó cuando se decidió clasificar el SPM como Trastorno Disfórico de la Fase Lútea Tardía, colocándolo en los apéndices, por lo que se encuentra dentro de aquellas categorías que requieren mayor investigación, para poder establecer si es posible y pertinente, tratarlas o no tratarlas como trastornos psiquiátricos (Sacristán, 2009). Aunque muchos de los grupos y sobre las mujeres que se protestaron en contra de esta problemática, consideraron este supuesto triunfo, como algo relativo, ya que desde su punto de vista era preferible que la categoría fuera desechada (Figert, 1995; Ussher, 2003).

De lo anterior, se desprende que el cuerpo femenino es una construcción configurada por relaciones de poder. En el ámbito de salud y en específico de la salud mental, según la psiquiatría el cuerpo de las mujeres ha sido pensado desde los órganos sexuales femeninos, que generan descargas hormonales, causantes de malestares mentales. Estas prácticas

eminentemente masculinas, muestran con qué facilidad se patologiza los cuerpos de las mujeres. Olvidando que no se puede pensar y estudiar un cuerpo, sin otros vectores que lo atraviesan, como las experiencias sociales, familiares, individuales, y sobre todo el alma.

1.4.2. El alma femenina

Las formas de castigo como se mencionó, no solo se encuentran en el cuerpo de las mujeres sino también en el alma. Foucault nos dice que

No se debería decir que el alma es una ilusión, o un efecto ideológico. Pero sí que existe, que tiene una realidad, que está producida permanentemente en la superficie y en el interior del cuerpo. Un alma lo habita y lo conduce a la existencia, que es una pieza en el dominio que el poder ejerce sobre el cuerpo (Foucault, 1998:15).

Este cuerpo auto-controlado se logra ejerciendo influencia en lo que el autor llama “el alma”, que, a su vez, dirige la conducta. Según lo expresado, el verdadero efecto de las estrategias de poder se encuentra en el punto en el que entran en contacto con el cuerpo del sujeto: existe una microfísica del poder donde el poder encuentra su materialidad y efectos corporales.

Alma viene del latín *ánima*, es el principio espiritual del ser, soporte de las manifestaciones más elevadas de su existencia (Grijalbo, 1995). Partiendo de esta idea, diversos filósofos han atribuido concepciones a la palabra alma, así, por ejemplo, para Anaxímenes y Diógenes el alma era el aire ya que ambos concebían el aire como el principio de todas las cosas. Para los pitagóricos era armonía, para Heráclito era el fuego (Abbagnano, 2007), así sucesivamente. Para Aristóteles, el alma es la sustancia del cuerpo, el acto final y primero de un cuerpo que tiene la vida en potencia (Abbagnano, 2007). Con la llegada del filósofo francés Rene Descartes, se retomó nuevamente el concepto de alma, el autor concebía el cuerpo y el alma como identidades separadas, que se localizaban en un punto determinado del cuerpo, en específico, en la glándula pineal (Descartes, 1968), a pesar de estar en un mismo sitio, alma y cuerpo se encontraban en un dualismo constate.

Freud partió de los planteamientos de Descartes para abordar su idea de alma, en su texto “Tratamiento psíquico, tratamiento del alma” (1890), hace alusión al concepto griego PSYKHE, el cual relaciona con el termino alemana SEELE, traducido como ALMA (Freud, 1890), por lo que, en su teoría no descarta las propuestas griegas hechas por filósofos como

Aristóteles, Heráclito, etc. Tampoco, desecha por completo la idea de Descartes, pero, decide tomar el concepto alma como sinónimo de psique, con lo cual, le da un valor científico. Además, a diferencia de Descartes, Freud propone que no existe tan dualismo entre alma y cuerpo, sino que, ambas son entidades que no se pueden separar.

Alma y cuerpo femenino en este estudio se piensan como inseparables, ya que en ambas se ha internalizado normas que aseguran la explotación material de un sexo sobre el otro (Wittig, 1992), autorizando así el sometimiento de las mujeres como fuerza de trabajo sexual y como medio de reproducción, reduciendo el cuerpo femenino a los órganos reproductivos y privilegiando el pene como centro mecánico de producción del impulso sexual (Preciado, 2004:22), en consecuencia, el cuerpo y el alma masculino como superiores al femenino.

Con los planteamientos anteriores podemos inferir que la respuesta para la pregunta inicial ¿cuál cuerpo y cuál alma? sería el cuerpo de las mujeres internas en hospitales psiquiátricos, y el alma que atraviesa la subjetividad de las mismas.

1.5. La subjetividad pensada como una performantividad de género

Para el estudio de la configuración de subjetividades femeninas dentro de los hospitales psiquiátricos, es necesario precisar el concepto de subjetividad. Foucault comenta que el sujeto es un efecto del poder y el resultado de un conjunto de técnicas, ciencias y otros tipos de dispositivos que permiten la fabricación del “individuo disciplinario” (Foucault, 1975). La subjetividad es resultado de los mecanismos de normalización en el individuo, es decir, de la forma en que los dispositivos disciplinarios se articulan entre sí y producen un tipo de mentalidad congruente con las condiciones culturales existentes (Foucault, 1981). En este punto cabe precisar que, en este estudio al hablar de configuración de subjetividades se piensa que esta ópera performantivamente ya que como lo menciona Foucault el poder no tiene existencia específica, maniobra de manera metódica, es un procedimiento y un ritual reiterando (Foucault, 1981). Para estudiar la performantividad de subjetividades femeninas dentro de los hospitales psiquiátricos se retoman los planteamientos de Judith Butler y su “Teoría de la performantividad”.

En la misma línea que Butler, se propone abandonar la idea incuestionable sobre la relación unidireccional entre sexo biológico, género y preferencia sexual, se busca romper con

la idea de que el sexo biológico es algo natural e igual al género (1998). Por consiguiente, se retoma la propuesta de Butler del género como una construcción social que no se encuentra siempre en concordancia con el sexo ni con la heterosexualidad obligatoria, mientras que el sexo se ubica en las condiciones socio históricas que lo producen dentro de un sistema dicotómico marcado por la normativa de género (Butler, 1998). Acorde con la investigadora mexicana Margarita Valencia (2015), el pensamiento de la autora llevó a la perspectiva feminista a “replantear sus supuestos, y entender que 'las mujeres', más que un sujeto colectivo dado por hecho, era un significante político” (Valencia, 2015:7). Para Valencia lo que Judith Butler propone con el concepto de performantividad de género es:

Una forma de explicar el movimiento relacional de naturalización artificial que se exige al sujeto individual para producir y reafirmar la correspondencia entre sexo, género y sexualidad, una alineación ideal que en realidad es cuestionada por la singularidad de forma constante y falla permanentemente (Valencia, 2015:7).

La autora comenta que, la figura del lenguaje es una coreografía social que hace del género una actuación reiterada y obligatoria en función de las normas sociales que nos exceden. Es decir, los sujetos son construcciones precarias y temporales, los cuales son definidos en relación con marcos normativos reguladores que intentan construir las posibilidades materiales de los mismos sujetos que después intenta reglamentar.

La performantividad que Butler propone está marcada como una actuación que tenemos que enfrentar para participar de la coreografía social del género, que cuenta con un sistema de recompensas o castigos según nuestro ejercicio en la reproducción del rol que nos ha sido asignado socialmente. La autora comenta que:

Cuando actuamos, y nosotros actuamos políticamente, lo hacemos ya con una serie de normas que están actuando sobre nosotros, y en maneras que no siempre conocemos. Cuando actuamos, en caso de que sea posible, a través de la subversión o la resistencia, no lo hacemos porque seamos sujetos soberanos, sino porque hay una serie de normas históricas que convergen hacia el lugar de nuestra personalidad corporizada y que permite posibilidades de actuación (Butler, 1998: 334).

En otras palabras, la performantividad de género es una reiteración continuada donde el género está en constante negociación. Dentro de los hospitales psiquiátricos de mujeres es la subjetividad lo que está en constante negociación.

Una cuestión importante que debemos destacar de esta teoría es que el sujeto no es dueño de su género, en ese sentido no es algo que pueda quitarse y ponerse como más le convenga, sino que se ve obligado a actuar el género en función de una normativa genérica que promueve y legitima o sanciona y excluye. En palabras de la autora:

Cometeríamos un error si pensamos que podemos rehacer nuestro género o reconstruir nuestra sexualidad sobre las bases de una decisión deliberada. Incluso cuando decidimos cambiar de género, o producir un género, lo hacemos sobre las bases de deseos muy poderosos que nos hacen tomar esa decisión. No somos precisamente nosotros quienes elegimos esos deseos (Butler, 1998:334).

La autora propone que somos construidos a través del lenguaje y los actos, en ese sentido, el disciplinamiento propuesto de Foucault operaría de una manera performantiva valiéndose de las disciplinas para configurar subjetividades. A pesar de ser un planteamiento muy radical, Butler deja agencia a los sujetos, los cuales no se someten, sino que “sin duda podemos y debemos intentar discernir varias estrategias que pueden competir con las normas dominantes de género y esas estrategias son esenciales para cualquier política radical de género y sexualidad” (Butler, 1998:334).

La teoría de performantividad de género será necesaria para pensar como las subjetividades femeninas que se configuran dentro de los hospitales psiquiátricos también se performann en función de normas que exceden a las sujetos y también existen resistencias.

1.6. Subjetividad femenina

La construcción de la subjetividad femenina de las mujeres tiene su origen en la producción de las mujeres como sujetos, dicha producción se entrelaza con la construcción de la salud mental, para ello los planteamientos de Mabel Burin y de otras autoras sobre el papel de las mujeres y el conocimiento, nos serán de utilidad. La autora nos habla acerca de dos etapas que han sufrido las nociones de la mujer como sujeto. Por una parte, nos habla acerca de las vírgenes y pecadoras, y por otra del paso de brujas a locas (Burin, 1998).

Cuando Burin nos habla acerca de las vírgenes y pecadoras nos sitúa dentro de la tradición judeo-cristiana, en este ámbito la noción de sujeto psíquico estaba superpuesta por la del hombre religioso, en tanto que la mujer estaba relegada a la noción de objeto que debía ser

dominado incapaz de trascender al orden divino (Burin, 1998). Con el paso del tiempo la iglesia les concedió alma a las mujeres, pero siguió con la idea de la mujer como un ser irracional, no espiritual. La moral judeo- cristiana concibió a la mujer como hembra humana por su labor reproductiva, condición que solo podía ser alterada por su carácter de virgen o estigmatizada por perversa asociación por el sexo y lo demoníaco- pecador (Burin, 1998). De manera que su definición como sujeto estaba dada por el hecho de que fuesen confirmadas por hombres asociados al poder divino.

Al hablar del paso de brujas a locas la autora nos comenta que con la llegada de la inquisición comienza una persecución de brujas, que en su mayoría eran mujeres que ejercían “magia” con habilidades especiales y contaban con poderes ocultos con los cuales servían a determinadas necesidades de los ciudadanos (Burin, 1998). Estas mujeres perseguidas fueron durante mucho tiempo los únicos agentes de salud para el campesinado y los sectores pobres. Tenían conocimientos de medicina, traumatología, y embarazo, que, con la llegada del siglo XII de la medicina como profesión o especialización, fueron deslegitimadas; y las mujeres que los practicaban fueron perseguidas (Sáez Buenaventura, 1979) para dar su lugar a los varones.

Para Sáenz Buenaventura la caza de brujas representó un sexocidio de mujeres que tenían las siguientes características: Vivían en una sociedad que despreciaba a las mujeres; por su edad habían perdido su encanto físico y su posibilidad de procrear; hicieron uso de su sexualidad fuera de los límites prescritos y aprobados socialmente; se reunían y formaban grupo; lograban vivir autónomamente dedicándose a labores no domésticas (Sáez Buenaventura, 1979). Se podría decir que estas mujeres cuestionaban la autoridad de los hombres, ya que ejercían y transmitían un saber femenino. Pero, la teología cristiana las ubicó como irracionales, malas, demoníacas.

También la caza de brujas tenía relación directa con las nociones de tentación y pecado por lo que las mujeres jóvenes y bellas también era vistas como brujas. Al respecto, Silvia Federici comenta que la caza de brujas no solo santificaba la supremacía masculina, sino que también influenciaba a los hombres a temer a las mujeres hermosas, pues se pensaba que al mirarlas contaminaban todo. En consecuencia, cuando los hombres eran atraídos por ellas, se debilitaban y les costaba la pérdida de su alma y la posibilidad de la pérdida de sus órganos sexuales (Federici, 2010).

De igual manera, libros como el escrito por Heinrich Kraner y Jacob Sprenger, (1987) *Malleus Maleficarum*, en español *El martillo de las brujas*, contribuyeron de manera significativa para posicionar a las mujeres como seres inferiores, que eran propensas a la brujería, por ser según los autores, más predispuestas a caer en las tentaciones de los demonios, ya que eran más carnales, y tenían menos fe que los hombres. Por consiguiente, las mujeres que presentan rasgos de carácter fuerte, o aquellas que no seguían la norma de vestimenta femenina, eran catalogadas como brujas; que podían realizar actos como el infanticidio, el canibalismo, distintos hechizos y enfermedades (Kraner, 1987). En definitiva, no se puede negar el sexismo que existía en la época de caza de brujas, la subjetividad de las mujeres giraba en torno a que la feminidad era sinónimo de debilidad e inferioridad, y que estaban más predispuestas a ejercer y caer en el mal que los varones.

Con la creación de la psiquiatría a finales del siglo XVII, la subjetividad de las mujeres se transforma, durante esta época se consolida el mito que identifica a la mujer con el útero, por lo que la subjetividad de la mujer estará construida y quedará sometida a su sexo. Comienza así un periodo de patologización de lo femenino, de ahí que la histeria sea considerada un símbolo de la feminidad (Berriot-Salvadore, 1992). La concepción de la mujer = útero, dio como resultado que las mujeres fueran vistas como existentes solo para la maternidad, que podría pensarse como una garante de salud mental (Burin, 1998; Ussher, 2011).

En síntesis, la subjetividad es una construcción que se performan dependiendo de los contextos históricos en los que se desarrollen las mujeres, y de la posición que a estas se les ha dado como sujetos. Desde una concepción de pecadoras, incitadoras, brujas, hasta una posición de ser sujetos hechos para la maternidad, categoría que atraviesa la subjetividad femenina actual. La cual es relevante para este estudio debido a que autoras como Burin (1998) y Ussher (2011) sitúan a la maternidad como un factor importante dentro de la salud mental de las mujeres.

1.6.1. El imaginario social de la maternidad y su influencia en la salud mental

Lo dicho anteriormente supone que existe una conexión entre maternidad y la construcción de subjetividades femeninas. La maternidad como lo mencionan Cristina Palomar y María

Eugenia Suárez, lejos de ser un hecho natural, es una construcción cultural multideterminada, la cual:

Está definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia, conformando un fenómeno cruzado por discursos y prácticas sociales condensados en un imaginario complejo y poderoso que al mismo tiempo produce y resulta del género (Suárez, 2007: 310).

Este imaginario está compuesto por dos elementos que lo sostienen: el instinto materno y el amor maternal (Badinter, 1980; Knibiehler, 2001; Suárez, 2007). A partir de la revolución industrial, surge una nueva subjetividad femenina, con la división de los ámbitos de producción y de representación social: el ámbito doméstico y el extradoméstico, conllevando a dos áreas, una para varones (el poder racional y económico), la otra para mujeres (el poder de los afectos) (Burin, 1998). Esta separación ha tenido efectos de largo alcance sobre la salud mental de las mujeres. Al poseer el poder de los afectos para las mujeres significó tener el dominio dentro del ámbito doméstico, aunque, también significó modos específicos de enfermar y expresar sus malestares. A partir de la revolución industrial, el escenario doméstico creció debido a la expansión de las familias nucleares, en consecuencia, el contexto social de las mujeres se redujo en tamaño y perdió perspectiva (Burin, 1998). La subjetividad femenina quedó centrada en los roles familiares y domésticos, los cuales pasaron a ser paradigmas del género femenino.

Al cumplir con los roles que se les asignaba a las mujeres, estas poseían un lugar y un papel dentro de la cultura; tenían marcado como actuar, pensar y desarrollar sus afectos en los roles familiares (Burin, 1998). Con ello, se fueron configurando subjetividades que debían seguir ciertos papeles maternos. Empero, a mediados del siglo pasado y principios de este siglo con la creación de espacios educativos y recreativos para niños fuera del hogar y la creación de anticonceptivos ocurre una mayor libertad sexual femenina; las mujeres ya no estaban obligadas a existir en un escenario doméstico o ser solo madres (Burin, 1998), lo que junto con el ganar un salario por cuenta propia, modificó gradualmente las subjetividades femeninas y ocasionó una crisis de sentidos sobre los roles tradiciones del género femenino.

Dentro del campo de la salud mental de las mujeres, los discursos médicos están repletos de metáforas ideológicas que tienen la función de perpetuar una manera masculina de mirar el

mundo y el cuerpo humano. Para estos discursos el cuerpo femenino es percibido como un organismo orientado fundamentalmente hacia la reproducción (Castro, 1998). Partiendo de esta concepción se considera que la maternidad no tiene relación con el contexto histórico y cultural, y que, su significado siempre ha sido el mismo, de donde resulta el llamado “eterno femenino”, que es eterno porque se supone que durante todos los siglos ha estado investido del mismo sentido (Suárez, 2007). Es por esto que nuestra cultura ha identificado a las mujeres como sujetos de la maternidad, y para perpetuar estas concepciones se ha valido de diversos recursos tanto materiales, simbólicos, así como de conceptos, prácticas del rol maternal, la función materna, el ejercicio de la maternidad, el deseo maternal, el ideal maternal, etc. (Burin, 1998).

La construcción social de la maternidad ha supuesto la generación de una serie de mandatos relativos al ejercicio de la maternidad, provocando imaginarios esencialistas respecto a las prácticas maternas, con lo que se desprenden estereotipos, juicios, valores y calificativos que se dirigen a todas aquellas mujeres que tienen hijos (Suárez, 2007). Dentro de estos estereotipos destacan la figura de la “buena madre” y la “mala madre”, pensando a las “malas madres” como aquellas mujeres que fueron madres sin desearlo, o bien aun habiendo deseado ser madres en algún momento se ven forzadas a enfrentar la maternidad con carencias y poco apoyo afectivo y material, por lo que pierden el deseo y voluntad de sostener a sus hijos (Suárez, 2007). La maternidad como responsabilidad exclusiva de las mujeres, puede tener consecuencias importantes en la salud mental (Suarez, 2007).

Existen saberes como la medicina o el derecho que tienen facultades para definir criterios para considerar a una mujer como “buena” o “mala” madre, ya que pueden establecer categorías de inclusión/exclusión de los sujetos sociales, es decir, por medio de sus prácticas discursivas y las instituciones que generan, pueden identificar a aquellas que cumplen de una manera conveniente, sana y satisfactoria el papel de “buena madre”, en oposición a quienes no lo hacen, y que por lo tanto se ubican del lado de las “malas madres” (Suárez, 2007).

Otras disciplinas como la pediatría, la psicopatología, la psicología etc., han ayudado a elaborar construcciones discursivas en torno a la buena o mala maternidad, para ejemplo de ello, el caso de atribuir a las madres las causas de los problemas de la salud mental y física de los hijos (Palomar, 1995). En consecuencia, la normatividad de la maternidad se fundamenta sobre criterios que recaen en el bienestar del hijo sobre la mujer y dan recetas para el

comportamiento maternal (Lamas, 1996). Por lo que, aquellas mujeres que atenten contra la maternidad por medio de prácticas clasificadas como delictuosas o patológicas, por ejemplo: el abandono, el aborto, el asesinato, el maltrato, el abuso, etc., pueden ser diagnosticadas por los saberes psiquiátricos y psicológicos como mujeres que no son adecuadas para el ejercicio de la maternidad (Suárez, 2007). Por lo que, esta representación de mala madre, cumple la función de mostrar cómo debe ser y tratar a los hijos e hijas.

1.7. Los claros oscuros de las instituciones

Por otra parte, existe otra corriente que también ha criticado la institución psiquiátrica desde otras perspectivas; esta es la antipsiquiatría. Dentro de ella, se toman los planteamientos del francés Félix Guattari, los cuales permiten pensar en otras formas de mirar a la institución psiquiátrica; como lugares que son necesarios que existan para atender y tratar a las mujeres y hombres con algún padecimiento mental, pero que requieren mejorías importantes.

Aunque, el autor fue muy crítico hacia los nosocomios, sus planteamientos no niegan la existencia de las enfermedades mentales o malestares mentales, los cuales para Guattari no solo son productos de conflictos sociales, por lo que debe ser tratados de manera específica mediante diversos tipos de tratamiento (Guattari, 1988); se debe agregar que sus teorías no niegan las condiciones y desencadenantes sociales, es decir, considera la enfermedad mental como la suma de factores físicos, sociales, psicológicos. El autor propone que la hospitalización es parte esencial en el tratamiento de las personas con malestares mentales, ya que en este ámbito colectivo y comunitario se desarrollan nuevas formas de relaciones humanas no familiares (Guattari, 1988). Por ello, aunque las mujeres puedan sufrir abandono por parte de sus familiares, también pueden encontrar en este espacio otra clase de vínculos con sus pares.

En cuanto al uso de fármacos los planteamientos de la antipsiquiatría manifiestan que puede ser benéfico para los pacientes, ya que controlan sus síntomas y puede hacerlos sujetos funcionales, junto con otras intervenciones psicoterapéuticas e institucionales, etc. (Guattari, 1988). Sin embargo, el feminismo considera a los fármacos como otra forma de control (Ussher, 1998). Ya que se ha registrado que muchas de las mujeres que consumen fármacos en el interior de los hospitales psiquiátricos corren el riesgo de volverse adictas cuando son dadas

de alta (Burin, 1998). Tanto Ussher como Burin concuerdan que las mujeres tienen más posibilidades de adquirir farmacodependencia cuando se presenta un padecimiento mental. En tanto que, los hombres le hacen frente a este problema con el uso de alcohol o drogas. Empero, consideré prudente contrastar estos datos con los testimonios de las enfermas y cómo es que las han ayudado o perjudicado los fármacos.

El uso de fármacos es un punto muy controversial y debatido desde distintas perspectivas como la antipsiquiatría o el feminismo. La expansión del mercado farmacéutico ha tenido profundas consecuencias en la vida y en la salud de las personas. Por una parte, ha facilitado progresos significativos en la recuperación de muchas personas, por otro lado, se convirtió en una mercancía común de consumo (Burin, 1998). Lo cual ocasiona que sea más fácil adquirir medicamentos psiquiátricos como los antidepresivos, los ansiolíticos, los calmantes, etc.

Desde distintas perspectivas como los feminismos o el posestructuralismo con los planteamientos de Foucault, se han considerado a los hospitales psiquiátricos como espacios de control y disciplina, donde al sujeto internado se le clasifica, médica y controla por distintos métodos como el uso de fármacos o terapias invasivas como la terapia de electroshock. Considero que el planteamiento de la antipsiquiatría es vital para entender que el espacio psiquiátrico no solo es un espacio de control y disciplina altamente restrictivo, sino que, también puede ser visto como un espacio a construir y reconstruir, en ese sentido, las mujeres construyen sus espacios, lazos afectivos con otras mujeres, y punto importante reconstruyen su cuerpo, su alma y su historia que se ha visto fracturada por la enfermedad mental. Con ello se pueden pensar otras vertientes que se edifican en estos espacios, y así analizar a la institución psiquiátrica de manera distinta, proponiendo que dentro de estas instituciones totales se pueden configurar pequeñas fugas o puntos de resistencias.

1.7.1. La institución psiquiátrica, un espacio a construir: subjetividades en resistencia

Hasta este punto hemos visto como las instituciones psiquiátricas se presentan como espacios altamente punitivos y restrictivos, en los que cada movimiento y acción de las sujetas internas es controlado, observado y clasificado. Imponen reglas, prohibiciones y límites a la autonomía del sujeto. A su vez, las instituciones psiquiátricas son un espacio necesario para aquellas

mujeres y varones que presentan algún malestar mental, y que requieren atención para recuperarse. Así mismo, estos espacios también pueden ser vistos como productores de otro tipo de efectos que no necesariamente resultan nocivos para muchas de estas mujeres.

Este apartado propone buscar puntos de resistencia configurados por las propias mujeres internas que logran traspasar el espacio punitivo y de control de la institución psiquiátrica; en ese sentido, se plantea a la institución como un espacio a construir donde emergen estrategias de rebeldía y resistencia que escapan de la lógica de la institución. Para explorarlos se tomará como referencia el trabajo de Makowski (1997), acerca de las formas de resistencia que elaboran las mujeres en cárceles de México; si bien el contexto es distinto, sus aportes me servirán para enfocarme en el caso de Tijuana.

Makowski menciona que el espacio en el internamiento se modifica dependiendo del tiempo en el que la interna va adaptándose. Esta adaptación comienza cuando la interna reconoce los espacios, sus límites, sus reglas y sus usos, y sobre todo las formas de relaciones de poder y violencia que las mujeres deberán aprender a manejar (Makowskii, 1997). Es así que, con el tiempo las internas aprenderán a vivir su cotidianidad apropiándose de espacios extraños, ya que a pesar de que las instituciones totales tienen espacios fijos, siempre existen posibilidades de construirlos desde la propia experiencia de las mujeres.

La autora comenta que el espacio de la institución es inestable, es decir, los espacios que pueden ser seguros, en poco tiempo pueden convertirse en espacios de vigilancia. Para analizar la complejidad del espacio de una institución total, la autora propone verlo en tres niveles. El primer nivel se constituye por espacios de vigilancia, caracterizados por ser espacios oficiales (consultorios, oficinas administrativas, etc.), en este nivel existe un duro control de las acciones de las internas. El segundo nivel se encuentra en el espacio exterior, detrás de los muros, este nivel hace alusión al lugar de los otros que siguen presentes en la vida de las internas, es decir, los recuerdos que tienen de su vida fuera del internamiento, o bien en el caso de que los familiares o amigos las visiten, son las experiencias que estos les narran sobre la vida en el exterior del hospital. Por último, el tercer nivel son los espacios libres, que, a pesar de ser espacios institucionales, pueden usarse de forma distinta por las internas; por ejemplo, el espacio de los dormitorios se puede pensar como un espacio libre si allí se encuentran formas de ejercer autonomía respecto a la lógica de la institución (Makowski, 1997). En ese sentido, estos niveles permiten pensar cómo las mujeres en

condición de internamiento modifican los espacios y junto con ello transforman el ejercicio del poder, produciendo nuevos afectos, deseos y aprendizajes.

Las resistencias según Michel De Certeau son acciones tácticas, es decir, surgen en momentos imprevistos de descuidos de la estrategia del poder para colocarse en el lugar del otro (De Certeau, 1990). Las resistencias que elaboran varones y mujeres dentro del internamiento son distintas, en varones son de un orden visible, en su mayoría se recurre al uso de violencia y a los enfrentamientos con otros internos, en tanto que las mujeres configuran resistencias menos visibles, menos violentas, a estas la autora denomina “resistencias silenciosas” (Makowski, 1997).

Las resistencias silenciosas se encuentran dentro del operar de la institución, pero de las que se logran escapar al introducir y recrear espacios de normatividad; la mayoría de estas son operaciones de uso creativo de normas, espacios y recursos institucionales, que serán reapropiados por las internas dándoles nuevos sentidos. Así pues, el espacio punitivo no construye solamente espacios de control, sino también, espacios de construcción de subjetividades femeninas que resisten.

Para concluir este capítulo, se da cuenta que las líneas teóricas que dan sustento a esta investigación son el posestructuralismo de Michel Foucault y la teoría de la performantividad de género de la también posestructuralista Judith Butler. Por un lado, la teoría de Foucault permite analizar a la institución psiquiátrica como un dispositivo de poder que permite la configuración de subjetividades genéricas. Cabe recalcar que, estas líneas teóricas están atravesadas por una perspectiva de género y por un paradigma feminista; al mismo tiempo se retoman como eje teórico los planteamientos del feminismo descolonial.

Las teorías de Foucault permiten pensar que los dispositivos de poder no solo organizan la sociedad y sus instituciones, también configuran las subjetividades de los hombres y las mujeres, por medio de los actos disciplinarios y repetitivos que ocurren día a día. En ese sentido, se toman los planteamientos de Butler sobre la performantividad, pues se propone que la subjetividad femenina se configurará de manera parecida a la performantividad de género propuesta por la autora. La perspectiva feminista y de género contribuye a realizar una crítica al campo de la salud mental, el cual se encuentra cargado de sesgos sexistas y androcéntricos, para con ello incidir en un cambio. Tomando lo propuesto por el feminismo descolonial podemos dimensionar cómo la interseccionalidad permite ver otros ejes estructurales del poder

como el género, la clase social, la sexualidad y sus categorías: la maternidad y la violencia sexual.

Dentro la construcción de la subjetividad femenina y la salud mental, la maternidad se nos presenta como una dimensión importante que ha permeado ambas construcciones, ya que aún subsiste el mito de la mujer=madre, sin embargo, los saberes hegemónicos como la psiquiatría, psicología, el derecho, etc. permiten desarrollar concepciones de “malas mujeres”, por tanto las mujeres enfermas con algún padecimiento psiquiátrico pueden ser vistas como no aptas para el ejercicio de la maternidad, con ello resinifican el sentido de la maternidad y feminidad. Por último, el espacio psiquiátrico puede ser visto como un espacio altamente restrictivo y punitivo, sin embargo, también es un espacio de creación y recreación de nuevos sentidos, en que dentro de la cotidianidad de las mujeres internas pueden elaborar estrategias de resistencia y así conservar un poco de su autonomía.

CAPÍTULO II. MUJERES Y MALESTAR MENTAL: EL CONTEXTO DE LA PSIQUIATRÍA EN TIJUANA

*Yo que más diera por regresar, y ser lo feliz que fui
ahí. Acá afuera nadie me apoya emocionalmente,
mucho menos tengo el respeto como ser humano, aquí
no soy nadie, ahí era mucho, era una mujer con
fuerzas y orientada, hoy en día no sé de mi misma,
vivo de los recuerdos del pasado que me dañaron para
toda mi vida, día a día trato de no hacerme daño, pero
un día no lograré resistir más, yo le cambio mi casa al
Hospital de Salud Mental, porque ahí fui más feliz.
-Y, interna del HSMT.*

Toda investigación se desarrolla en entramados sociales, culturales e institucionales específicos, los cuales deben analizarse desde márgenes determinados, por tal motivo el siguiente capítulo tiene como objetivo presentar las características del contexto general e institucional donde se desarrolló esta investigación: el Hospital de la Salud Mental (HSMT) ubicado en Tijuana, Baja California, lugar en el que estuvieron internas las mujeres entrevistadas. Se comenzará por mostrar brevemente el panorama general de los malestares mentales en México. Consecutivamente se presentarán datos sobre la salud mental en el Estado de Baja California, para pasar al caso concreto de Tijuana. Posteriormente se hará mención de las características generales del Hospital de la Salud Mental y la cancelación del Seguro Popular, así mismo, se hará alusión al centro del Instituto de Psiquiatría de Baja California IPBC, institución que eventualmente atiende a las personas con algún padecimiento mental en Tijuana. Se concluye presentando los casos específicos de las mujeres entrevistadas y las vicisitudes que enfrentan por su género, sexualidad y clase social en dichos contextos, utilizando el estado del arte donde se ponen de manifiesto marcadores que contribuyen a la vulnerabilidad social de las mujeres; a su vez se retoma el concepto de precariedad de Judith Butler con lo cual se incluye un análisis desde una mira feminista, de esta manera se posiciona a las mujeres como sujetos políticos.

Cabe destacar que parte de este capítulo se fundamenta en las notas tomadas durante el trabajo de campo completando algunos puntos con los relatos de las mujeres entrevistadas. El diario de campo me permitió describir y analizar lo sucedido entre cada entrevista como

evento y mis propias acciones como investigadora, así como señalar elementos institucionales y contextuales que no figuran en las entrevistas por razones temáticas y metodológicas.

2.1. Los malestares mentales en México: panorama general

En América Latina y el Caribe durante los últimos años existe un alza en el número de personas con algún malestar psiquiátrico (OMS, 2004), lo cual representa todo un problema epidemiológico, puesto que, se les considera como la principal causa de discapacidad en el mundo; son la fuente de cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad (OMS, 2015). En 1999 se estimó que representaban el 8.8% de los años ajustados por discapacidad, para el año 2002 aumentó a más del doble, 22.2% (OMS, 2012). Se valora que las cifras continúen en aumento, debido a los cambios estructurales de la población; el Banco Mundial (2015) proyectó que durante los años 2000 al 2015 la población de América Latina y el Caribe presentó un incremento del 28% pasando de 508 millones a 622 millones de personas (Word Bank, 2015). Lo que representa que exista un número mayor de personas propensas a sufrir malestares mentales.

En México, los malestares neuropsiquiátricos⁵, ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, considerando indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad, lo que significa un problema sanitario creciente (Borges, 2004). A pesar de que, el índice de malestares mentales en México es inferior en contraste con los Estados Unidos, el índice de personas que reciben tratamiento es más bajo (WHO, 2004). Por lo que, la condición y calidad de vida de estas personas es menor (Borges, 2005). Se proyecta que en el país el índice de personas con malestares mentales aumente, debido al contexto social y los problemas derivados de este, como la pobreza; la violencia; el aumento del abuso de drogas y el envejecimiento de la población (Dorantes, 2010), aunado al incremento poblacional.

México cuenta con una población aproximada de 127,017 millones de personas (Word Bank, 2015), siendo 66 millones mujeres y 61 millones hombres (INEGI, 2015). La encuesta Nacional de epidemiología psiquiátrica (2012) muestra que el 28.6% de la población mexicana ha sufrido algún malestar psiquiátrico alguna vez en su vida, por lo tanto, alrededor de seis de

⁵ Esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo.

cada 20 mexicanos, tres de cada 20 y uno de cada 20 ha padecido algún malestar, entre los que se incluye ansiedad, malestares afectivos, consumo de sustancias, depresión, entre otros.

La población masculina tiene prevalencias más altas a presentar cualquier malestar en contraste con la población femenina. No obstante, las mujeres presentan prevalencias globales más altas de depresión (OMS, 2015). Los padecimientos más comunes para la población femenina son los trastornos afectivos y de ansiedad, mientras que, en los hombres, los padecimientos más comunes son los derivados por el uso de sustancias (OMS, 2015). A pesar del incremento de malestares mentales en la población mexicana, muy pocos acuden a algún tipo de tratamiento, lo que deriva al incremento de la discapacidad y en el impacto económico y social (Berenzon, 2012).

Se estima que, en el país, menos del 20% de los que presentan algún malestar mental buscan algún tipo de ayuda (Mora, 2005). Por lo que, México es uno de los países que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención (Berenzon, 2012). En suma, cuando las personas logran acceder a algún tipo de tratamiento, solamente el 50% de ellos reciben el tratamiento adecuado (Borges, 2004). Existen factores que han permitido que las personas no busquen ayuda psiquiátrica, entre los que se encuentra: el estigma; los horarios de atención poco convenientes; las largas listas de espera para obtener una cita; el traslado al servicio de salud, y en el caso de las mujeres, el hecho de no contar con alguien que cuide a sus hijos mientras asiste a consulta (Berenzon, 2012). Por lo que, la salud mental de estas personas se ve deteriorada.

2.2. Baja California y la Salud Mental

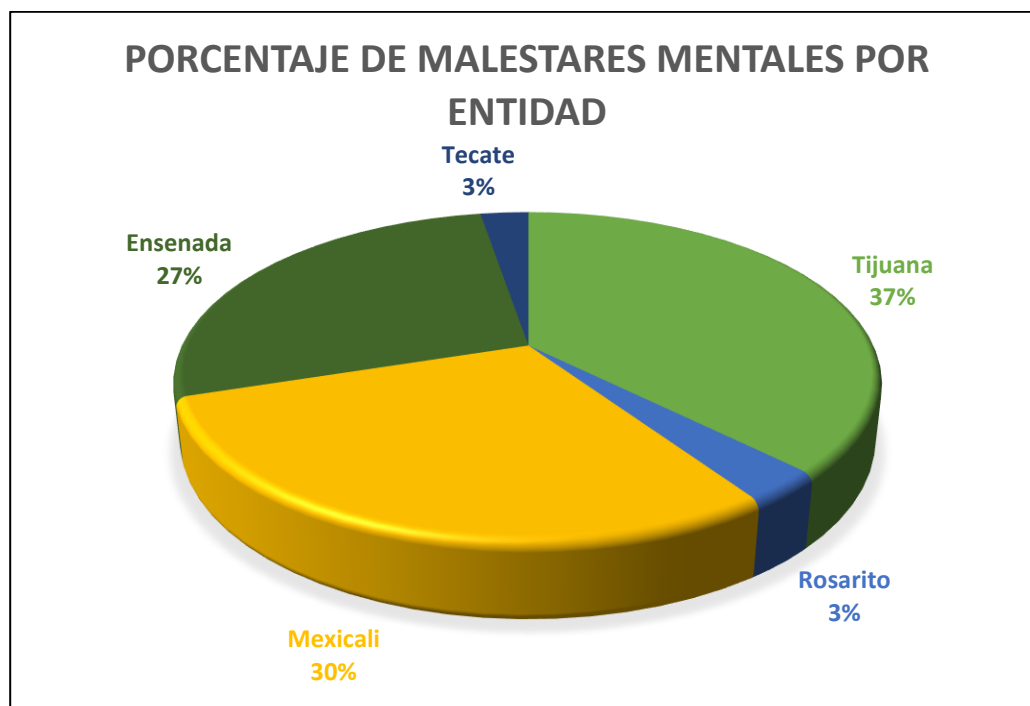
Baja California se encuentra al norte del país, representa el 3.7% de la superficie del país, colinda al norte con Estados Unidos de América y Sonora; al este con el Golfo de California; al sur con Baja California Sur y el Océano Pacífico; al oeste con el Océano Pacífico, cuenta con cinco municipios: Ensenada, Mexicali, Playas de Rosarito, Tecate y Tijuana. La población estimada es de 3 155 070 millones de habitantes, 2 591 610 millones de hombres y 1 563 460 millones de mujeres (INEGI, 2010).

Cuenta con tres hospitales psiquiátricos: el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, situado en Mexicali; el Hospital de la Salud Mental

de Tijuana, ubicado en Tijuana, y el Hospital San Ignacio de Loyola, localizado en Rosarito. El total de las camas censables en los tres hospitales es de 165 camas, 60 en el Hospital psiquiátrico del Instituto del Estado de Baja California, 70 camas en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, y 35 en el Hospital San Ignacio de Loyola (Dorantes, 2010). El total de psiquiatras con los que cuenta el Estado es de 80; en Mexicali 35; en Tijuana 36; En Ensenada nueve (INEGI, 2010).

Según datos del Observatorio Estatal de Baja California de los padecimientos psiquiátricos (2013), se observan incidencias más altas, principalmente en trastornos afectivos tanto en hombres y mujeres, que repercuten en diversos niveles como familiares, sociales, laborales, entre otros. Pueden provocar baja productividad, riesgos de accidentes laborales, pérdida del empleo, en consecuencia, provocan niveles económicos precarios (Dorantes, 2013). El total de personas que padecen algún malestar mental en el Estado es de 1187 personas, 522 hombres y 665 mujeres (INEGI, 2010). A continuación, se muestra el portaje de malestares mentales por municipio de Baja California.

Gráfica 2.1 Porcentaje de Malestares Mentales en Tijuana 2013



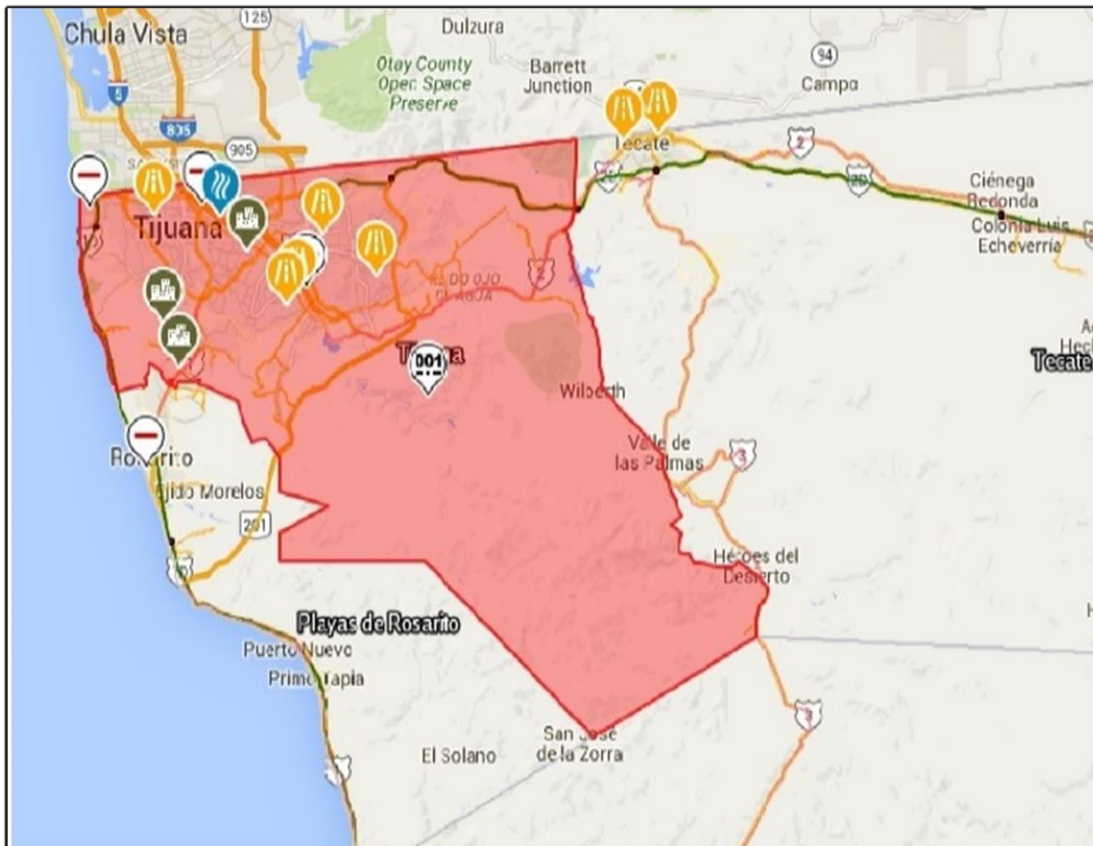
Fuente: Observatorio estatal de Baja California de los padecimientos psiquiátricos 2013

En la gráfica 2.1 podemos observar los porcentajes de personas con algún malestar psiquiátrico en Baja California, se muestra que del 100 % de la población, el 3 % se encuentra en el municipio de Tecate; el 27 % en Ensenada; el 30 % en Mexicali; el 3 % en Rosarito, y 37 % en Tijuana.

2.2.1. Tijuana y la locura

La ciudad de Tijuana se ubica a 32° 31' 30" de latitud norte y a 117° de longitud oeste. Al norte, colinda con el condado de San Diego, California, Estados Unidos; al sur, colinda con los municipios de Ensenada y Playas de Rosarito; al este, limita con el municipio de Tecate; y al oeste, con el Océano Pacífico. Tiene una altitud de entre 340 y 1,200 m, cuenta con una extensión de 1,234.50 km² (INEGI, 2009).

Mapa 2.1 Ubicación geográfica de Tijuana



Fuente: Google INEGI, 2015

Tijuana tiene once delegaciones: Playas de Tijuana, La Mesa, San Antonio de los Buenos, Centenario, Sánchez Taboada, Centro, Mesa de Otay, Los Pinos, La Presa Rural y la Presa. Según el Observatorio de Baja California de los padecimientos mentales, se estima que es uno de los primeros municipios de la entidad con mayor número de personas con algún padecimiento psiquiátrico (Dorantes, 2010).

A partir del año de 1982 en Tijuana, hubo un creciente número de asentamientos urbanos, derivados de una de las mayores crisis económicas del país, lo que ocasionó un crecimiento poblacional en las ciudades de la frontera norte, alcanzando un crecimiento superior a nivel nacional en casi un 15 por ciento entre los años de 1980 y 1990 (Guillen, 1992). Tijuana fue una de esas ciudades fronterizas. En consecuencia, se presentó un asentamiento considerable de gente en condiciones de marginalidad, por lo cual se ha

considerado a Tijuana como una ciudad de marginalidad urbana, que se distingue por la vivienda y, sobre todo por la disponibilidad de los servicios públicos (Guillen, 1992).

El no acceso a la vivienda o los servicios públicos, aunado al aumento de las medidas de control y vigilancia, provocó un cúmulo importante de personas en condición de calle (Velazco, 2016), los cuales representaron un grave problema para el gobierno de Tijuana. Por lo que el alcalde Federico Valdés Martínez acondicionó un hospital psiquiátrico ubicado en la vía rápida poniente s/n en la colonia 20 de noviembre (Ramón, 2003). Este sería el primer hospital de Tijuana, que recibiría a indigentes, drogadictos y enfermos mentales; en ese sentido, se puede considerar que este lugar fue una réplica de lo mencionado por Foucault, cuando comenta que los hospitales psiquiátricos eran lugares que funcionaban como una forma de higiene pública (Foucault, 1981), esa lógica permeó por muchos años la historia de las instituciones psiquiátricas en México, las cuales funcionaban como basureros humanos, con la misión de aislar, guardar y desaparecer aquello desagradable e inútil (Sacristán, 2005)

Durante los años 1989 al 1994 el Hospital Psiquiátrico Municipal de Tijuana alojaba a mujeres y a hombres, su población total era de 60 personas, pero solo contaba con 25 camas, por lo que 35 personas debían dormir en el suelo. En consecuencia, en el año de 1994 por recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos se decide cerrar el hospital, pues se detectaron irregularidades que atentaban en contra de los derechos humanos de esa población. Ante ello, se comenzaron a gestionar recursos a las autoridades municipales para la creación de un nuevo hospital (Ramón, 2003). Se puede decir que, a los individuos excluidos como indigentes y enfermos, el sistema intenta nuevamente que sean reconstituidos a través de leyes especiales en poblaciones, como la creación de instituciones psiquiátricas, sobre las cuales pueden ser ejercidas nuevas formas de regulación (Das y Poole, 2004).

Es preciso señalar que, al cierre del Hospital Municipal de Tijuana en el año 2006, solo algunos de los internos fueron llevados al nuevo hospital, en tanto que la mayoría fueron desalojados a las calles de Tijuana, ya que el nuevo hospital era de corte privado y aun no contaba con el subsidio del Seguro Popular (Ramón, 2003)

2.2.2. El Seguro Popular y la salud mental en Tijuana

Según la página de la Secretaría de Salud (SSA) el Seguro Popular fue una iniciativa propuesta por la SSA, inicialmente como programa piloto lanzado en el año 2001, logrando tener más de un millón de afiliaciones durante el periodo comprendido del 2002-2003, por lo que, luego de varias negociaciones entre el congreso, los estados y la SSA se implantó el programa en 31 estados del país. El Seguro Popular se caracteriza por ser un seguro público y voluntario, dirigido a las familias sin seguridad social en materia de salud, con el fin de evitar su empobrecimiento por causa de gastos catastróficos en salud (SSA, 2016). En la *tabla 2.1* se muestra el número de afiliados al Seguro Popular en el Estado de Baja California.

Tabla 2.1 Número de afiliados por municipio en el Estado de Baja California

<i>Municipio</i>	Afiliados	
	<i>Total</i>	<i>Hombres Mujeres</i>
Estado	1 163 598	534010 629 588
Ensenada	221 554	101 561 119 993
Mexicali	299 755	134 342 165 413
Playas de		
Rosarito	66 553	32336 34 217
Tecate	41 152	18 980 22 172
Tijuana	534 584	246 791 287 793

Fuente: INEGI, 2010

La tabla 2.1 muestra que en el Estado de Baja California el número total de afiliados al Seguro Popular es de 1 163598 millones de personas, 45 % son hombres, en tanto que 55 % son mujeres. En relación al número de afiliados por municipio podemos notar que el 19.04 % corresponde a Ensenada; 25.76 % pertenecen a Mexicali; 5.71 % a Playas de Rosarito; 3.53% a Tecate; 45.9 % a Tijuana.

2.3. El Hospital de la Salud Mental de Tijuana

El Hospital de la Salud Mental de Tijuana es uno de los tres hospitales psiquiátricos de Baja California. Se ubica en el Bulevar Internacional 20501 en la delegación de Otay en el municipio de Tijuana, el nosocomio se encuentra a unos metros de la frontera con Estados Unidos. Cuenta con un área de urgencias e internamiento, ofrece estudios de electroencefalograma, terapias electro-convulsivas, consultas externas, arte-terapia y pruebas psicodiagnósticas.

El HSTM tiene un convenio con el Seguro Popular desde el año 2012, que cubre a los afiliados de los distintos municipios y delegaciones de Tijuana, incluyendo a los pobladores de San Quintín y a mujeres sin empleo formal. Se estima que de los 4 mil 500 pacientes atendidos por mes, el 70 % proviene del Seguro Popular (Romero, 2016), lo cual es un dato relevante ya que las cifras proporcionadas por la OMS muestran que el grupo más vulnerable en cuestión de acceso a salud mental son los sectores pobres (OMS, 2014), por lo que las personas en condición de vulnerabilidad social pueden tener acceso a los sistemas de salud.

Un hecho relevante que surgió durante el desarrollo del trabajo de campo, fue que en enero del 2016 el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, decide no renovar el convenio entre el Seguro Popular y el HSTM. No obstante, de enero del 2016 la institución continúa proporcionando todos sus servicios a las personas con Seguro Popular de forma gratuita, pero para finales de febrero la situación empieza a ser insostenible por lo que el 1° de marzo se anuncia formalmente la anulación del subsidio; 40 de los 80 pacientes internados son dados de alta, 20 más son reubicados en el Hospital Psiquiátrico de Mexicali, en tanto que. las consultas empiezan a tener un costo de 500 pesos (Romero, 2016). Cabe mencionar que las personas con padecimiento mentales son sujetos que muchas veces no trabajan, y si lo hacen, tienen una remuneración baja, por tanto, no cuentan con capital económico para pagar por su mejoría mental, representan una carga para su familia que no puede cuidarlos, pero no tiene recursos para tenerlos en algún psiquiátrico.

En síntesis, el sistema social sigue reproduciendo contextos de vulnerabilidad social, en donde los más afectados son las personas de escasos recursos, es decir, el estado continuó creando sujetos marginales y a la vez estos son los creadores de los sistemas e instituciones del

estado. En ese sentido, el Estado sigue creando etiquetas sociales como “locos”, “enfermos”, “indigentes”, figuras que permiten reafirmar los límites y alcances de su propia existencia.

2.3.1. Centro IPEBC

El centro IPEBC Nueva vida es una oficina dependiente del Instituto de Psiquiatría de Baja California, se encuentra en la zona centro de la ciudad de Tijuana, en la calle Quintana Roo número 111. Se encarga de atender a pacientes con problemas de adicciones y a pacientes con algún problema psiquiátrico en Tijuana. Durante mi trabajo de campo este lugar recibía a los afectados del HSMT por la cancelación del Seguro Popular. El servicio con el que cuenta es únicamente de consulta, si alguien requiere servicio de hospitalización deberá trasladarse a Mexicali o a Rosarito. Cuenta con ocho especialistas en materia de adicciones y enfermedades mentales, carece de hospital, servicios de urgencia o equipo de laboratorio.

Fotografía 2.1 Centro IPBC FORMA TIJUANA

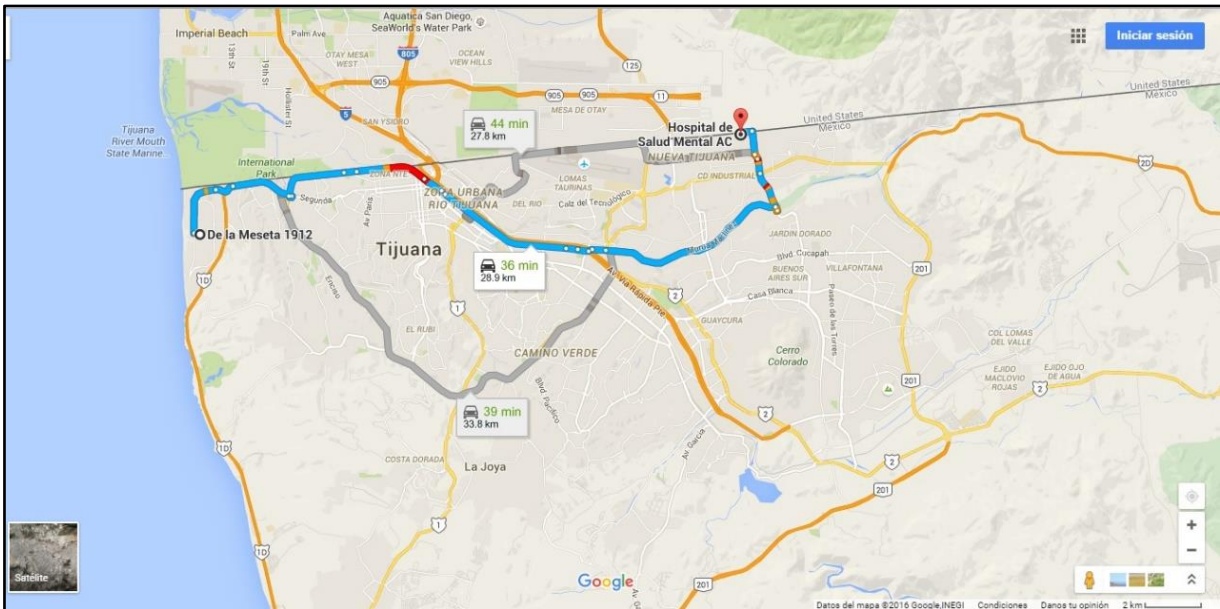


Fuente: Tomada en trabajo de campo 2016

2.4. Las visitas al Hospital de las Salud Mental

Cada visita al hospital fue toda una aventura, la distancia que debía recorrer era muy grande aproximadamente 23.8 kilómetros, mi punto de partida era la delegación de playas de Tijuana, por lo que, para trasladarme al nosocomio debía tomar dos camiones y recorrer de una hora y media a dos horas de trayecto dependiendo del tráfico. La distancia recorrida se puede ver en el mapa 2.2

Mapa 2.2 Distancia al HSMT desde Playas de Tijuana



Fuente: Google Maps.

La primera vez que fui al hospital debía llegar a una cita con la encargada del servicio social, por lo cual, decidí tomar un taxi pues no quería perderme o llegar tarde. No obstante, el taxista no tenía la menor idea de cómo llegar, por lo cual, estuvimos perdidos por varias horas, en zonas que no conocía. Después de tres horas y 280 pesos, finalmente llegué. A partir de esta primera experiencia decidí tomar otras vías para llegar al hospital pues tomar taxi no era una opción viable.

Para mis otros viajes opté por el transporte público, debía tomar una combi en playas de Tijuana que me llevaría al centro, después otra combi roja a la zona industrial de Otay, entre más lejos estaba de mi departamento o del centro de Tijuana pensaba que quizás lo que Foucault (1979) comentaba acerca de la nave de los locos⁶, podría hoy en día estar vigente, pues el hospital se encontraba en las periferias de la ciudad; pensaba que quizás yo me había embarcado en la nave de “las locas” para visitar a aquellas que habían llevado lejos.

Para ingresar al hospital tenía que pasar dos filtros, el primero en la puerta con dos guardias con uniforme color azul marino que preguntan siempre a qué iba, les explicaba que estaba haciendo una investigación sobre lo que acontecía con las mujeres en el hospital psiquiátrico, por lo cual me mandaban al segundo filtro donde debía registrar mi nombre, la hora de entrada y la de salida, aquí se me proporcionaba un gafete color naranja que tenía la palabra “visitante”, el cual debía colocarme durante mi estancia en el hospital. Me disgustaba un poco traerlo, pues consideraba que podía ser una barrera para hablar con las mujeres en el hospital, por lo que siempre lo colocaba en una bolsa de la mochila.

La primera impresión que tuve del hospital fue de sorpresa, el nosocomio no tenía el mismo diseño de los hospitales a los que había accedido la Ciudad de México⁷, en estos los internos están en las rejas de la entrada pidiendo cigarros, monedas o coca cola, al entrar el primer olor que te llega es el olor a orines (olor que pensé característico de este tipo de instituciones que he conocido) y que autores como el psicoanalista Alberto Carvajal (2011) proponen como un elemento común de toda institución que alberga a personas tratadas con medicamento psiquiátrico como es el caso de Sainte Anne y Hospital Esquirol en París, Francia; Clínica de Tübingen y Heidelberg, Alemania; Hospital Psiquiátrico, Viena, Austria; Hospital Psiquiátrico, Budapest, Hungría; Hospital Psiquiátrico Gregorio Pacheco y Hospital Psiquiátrico, Miraflores, Bolivia, entre otros (Carvajal, 2011).

En los hospitales que he conocido puedes ver gente tirada, arrastrándose por los suelos, en sillas de ruedas, desnuda, con las cabezas rapadas y vestidas exactamente igual. Conservan un poco el modelo de animalidad relatado por Foucault, el cual les da a los psiquiátricos un aspecto de zoológico, donde las bestias se encuentran detrás de los barrotes exhibiéndose

⁶ Navío encargado de llevarse a los indeseables fuera de la ciudad

⁷ Anteriormente estuve en otros hospitales psiquiátricos porque realicé mi tesis de licenciatura en el hospital psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno, así mismo trabajé en el proyecto la Clínica de la Psicosis un espacio a construir y en el proyecto “Ponte loco carnaval”, por lo que trabajé en los centros CAIS Cuernavaca, Hospital psiquiátrico Fray Bernardino, CAIS cascada.

(Foucault, 1964). Pero este lugar era distinto, más que psiquiátrico parecía un hospital médico. En ese sentido, puede que tengan otro modelo, que también relató Foucault (1964) que invisibiliza, que no muestra, que esconde a los rostros de la locura dentro de una fachada, para los que visitamos el lugar solo damos cuenta de una pequeña parte de la institución, donde los indeseables permanecen escondidos detrás de los muros. Aunque, esa era mi primera impresión, no descartaba que este hospital fuera un lugar distinto, donde las personas pudieran ser tratadas con dignidad, limpieza y un diseño arquitectónico alternativo.

El nosocomio tenía paredes color verde y una estructura que parecía reciente, el techo era de forma circular y tenía un letrero enorme colgando con el nombre y logo de la institución. Los internos no se encontraban deambulando, no se percibían olores, ni siquiera de medicamento. Contaba con dos pisos, abajo estaba la cafetería donde podían estar comiendo los médicos, los que iban a consulta o los familiares de los pacientes, todos con su respectivo grupo, al menos lo que pude observar. A lado, se encontraba una pequeña capilla católica color amarillo con bancas color café, contaba con escaleras y una rampa para personas discapacitadas que conducía a la recepción, las oficinas de los psiquiatras y las salas de terapias ocupacionales.

El área de la recepción era grande, tenía sillas color negro en las que las personas esperaban pacientes a ser atendidas (aunque con los problemas del Seguro Popular las personas se amontonaban para pedir informes); en las paredes se encontraban trabajos de los internos, había dibujos y un árbol hecho con algunos antifaces realizados por los pacientes, también había letreros sobre cómo prevenir enfermedades mentales y como tratar a personas con padecimientos psiquiátricos. Lo cual es característicos de los centros médicos donde por medio de carteles se esparcen los discursos y saberes médicos como los ha llamado Foucault (2007). En la entrada de la recepción había un pequeño letrero en papel cartulina que informaba sobre la cancelación del Seguro Popular.

El área de internamiento se encontraba detrás de ese edificio de dos pisos, área que pude conocer solo por los testimonios de las entrevistadas. Por medio de sus relatos esboqué como es el interior del nosocomio o, mejor dicho, me hice una idea de cómo lo describió una de ellas:

A la entrada se encuentra el área de urgencias, debes pasar por este lugar cuando te internan; a mano derecha se encuentra el área de jóvenes menores de 18 años, el área de manualidades y orientación psicológica; a mano izquierda se encuentra el área de juegos de mesa como el pimpón; adelante se encuentra el dormitorio de mujeres; atrás se halla la zona de agricultura; a mano izquierda se encuentra el comedor; atrás de éste

se localiza el área de infantes; a un costado de ésta, se ubica el espacio mixto (Y, entrevista, 2016).

Mi experiencia con el personal de la institución fue al principio agradable, estaba dispuesto a que realizara mi trabajo de campo en aquel lugar, pude realizar algunas observaciones durante los talleres ocupacionales, sin embargo, por problemas derivados de la cancelación del Seguro Popular, los tratos con los doctores fueron un poco hostiles, no querían saber nada en ese momento de mi proyecto, pues tenían cosas que resolver con el gobierno. Esa situación me hizo sentir frustrada, ya que hasta esa fecha no había tenido problemas para ingresar a alguna institución psiquiátrica, además mi idea inicial era trabajar en el interior, hacer observación sobre lo que sucedía con las mujeres en ese hospital, comparar ese hospital de la frontera norte con los que había conocido en la Ciudad de México. Aunque no era un propósito de la investigación, el hecho de que no tuviera la misma estructura que los hospitales que conocía me intrigaba. Pensaba que tal vez por estar ubicado en una ciudad fronteriza como Tijuana el sistema de salud podría ser mejor que en los hospitales en los que he trabajado en la Ciudad de México.

2.5. La locura tiene varios rostros: presentación de las mujeres entrevistadas

Pues decirles a los muchachos que es una enfermedad cercana a la discapacidad, no hay peligro. “Ah es que está loca, no la pelen está loca”. Que se rompa el estigma, como el cáncer, como el sida, como la diabetes.... Y esto que yo les quiero decir a las muchachas, que vengan, que vengas y que conozcan, que vean las mentes brillantes que hay aquí, porque en verdad hay mentes muy brillantes.

-E, interna en el HSMT

Durante el desarrollo de esta investigación mis compañeros y amigos se acercaban a mí para preguntarme si no me daba miedo ir al hospital, lo cual me hizo plantearme ¿a qué podría tener miedo?, ¿a contagiarme?, ¿a qué me lastimaran? Siempre estaba presente esa frontera mental entre ellas (enfermas) y nosotros los “sanos”. Foucault (2004) afirma que el primer principio de exclusión consiste en el principio de diferenciación. Entonces los sujetos pueden catalogar a los diferentes como raros o locos y excluirlos-recluirlos en la prisión o el manicomio. En este marco, podemos pensar a la locura y al principio de exclusión del que forma parte, como frontera puesto que las fronteras “son sistemas de clasificación social que recurren a elementos

significados y significantes que delimitan sistemas de pertenencia y exclusión o de adscripción y diferenciación” (Valenzuela, 2014: 17). Estos elementos operan la distinción en la cotidianidad y la incorporan como referentes estructurantes que llevan implícitos diferencia y desigualdades, ejemplo de ello: el color de la piel, el sexo, el idioma, los emblemas religiosos, ect. (Ídem, 2014). Y en este caso el diagnóstico de un malestar mental.

Si bien, las construcciones psíquicas y subjetivas de las mujeres internas distan de las personas que no han pasado por periodos de encierro, sus historias están enlazadas dentro de nuestra misma estructura social. Por tal motivo, este apartado tiene como propósito presentar los otros rostros de la locura, rostros que tienen voces e historias que muestran sufrimiento, tristeza, soledad y un constante malestar de vivir con algún padecimiento psiquiátrico, pero también nos muestran resistencias, adaptación, lazos con otras internas y un control de los síntomas. Se interpretan estas entrevistas desde una perspectiva de género y una metodología feminista, retomando las categorías de género, sexualidad y clase social.

Se hace mención de una breve historia de vida de las 10 mujeres que prestaron sus relatos para esta investigación, se hace referencia a la edad, el lugar de origen, el tiempo de internamiento, así como de los hechos más trascendentales de sus vidas. Cabe recalcar que todas accedieron a ser entrevistadas y grabadas, además cada una de ellas firmó una carta de consentimiento informado (Ver en anexos).

Caso K.

K es una mujer de 46 años de edad, originaria de Xochimilco, Ciudad de México, llevaba cuatro años internada, antes de que le quitaran el Seguro Popular. Su diagnóstico es esquizofrenia simple. **K**, es la quinta de seis hermanas (aunque en la entrevista solo habla de tres hermanas y casi nunca menciona a su hermano varón), dos de sus hermanas están casadas, y la menor según sus palabras es discapacitada. Su padre fue alcohólico y se separó de la madre de **K** cuando esta tenía aproximadamente tres años. **K** es soltera, nunca se ha casado y no tiene hijos. Hizo una carrera comercial, trabajó en una cocina comedor seis años y como recamarera. **K** comenta que se identifica mucho con las mujeres; con su madre, sus hermanas, sus amiguitas de la escuela, y con una mujer llamada Rosa, la cual conoció en el interior del hospital. Rosa también sufría de esquizofrenia y sufrió la misma enfermedad que el padre de

K, el alcoholismo. Con Rosa vive por seis meses como su pareja en el internamiento, en este tiempo, **K** empieza a tener delirios persecutorios en los que Rosa la intenta matar o hacerle daño, o en los que Rosa intenta matarse y hacerse daño. Cuando muere Rosa por causas que **K** desconoce, se siente culpable por su muerte.

Su primera crisis es a los 27 años, relata que los primeros delirios surgen cuando trabaja como secretaria en una oficina en la ciudad de Tecate, en este lugar comienza a sentirse perseguida por una mujer que trabaja con ella. Por este motivo, **K** decide dejar su trabajo. También, comenta que sufrió de alucinaciones auditivas, sentía que en la radio y en la tele hablaban de ella. Aún tiene alucinaciones visuales pues menciona que ve colores, estos colores son sus pretendientes que la invitan a salir, ella menciona que últimamente tiene el control de estas alucinaciones. Actualmente **K** está viviendo con una de sus hermanas y su esposo.

La situación económica se presenta como conflicto, la familia de **K** es de clase baja. **K** siente mucha culpa y frustración porque no pudo ayudar a su madre económicamente. Tras su muerte, sus hermanas se encargan de ella, por lo que comienza a sentirse como una carga para su familia, dado que, no aporta dinero para la casa, pues se reconoce como una persona discapacitada que no puede hacer mucho, en consecuencia, no puede obtener algún trabajo. **K** está diagnosticada con esquizofrenia simple; y eso forma parte de su conflicto central, pues relata que todos sus problemas son a raíz de su enfermedad. **K** toma medicamentos que le ayudan a controlar ciertos aspectos, pero le afectan en otros, ejemplo de ello es que le han dañado la vista y le ocasionan malestares físicos. Lo cual le causa frustración pues antes podía leer, ahora no puede hacerlo. Durante los cuatro años que pasó en el HSMT encontró una manera de enfrentar sus conflictos mentales; en esta institución **K** asistió a talleres de dibujo y de joyería, a través de estos talleres **K** pudo construir lazos sociales con otras internas.

K tiene dos conflictos centrales por el hecho de ser mujer, el primero es la presión que sufrió por parte de su familia para tener pareja, casarse y tener hijos, situaciones que no pudo cumplir porque según su relato al estar discapacitada no pudo encontrar a una pareja que quisiera estar con ella. En ese sentido, **K** rompe con uno de los roles de género femenino, ya que como lo comenta Marcela Lagarde, en la cultura patriarcal en la que nos desenvolvemos se fomenta en las mujeres la satisfacción del deber de cuidar, existe por tanto un deseo propio, y a la vez una necesidad social de ser cuidadoras de otros (Lagarde, 2003), esos otros pueden

ser padres, novios, esposos, hijos; pero **K** no pudo ser cuidadora de otros, sino que necesita ser cuidada.

El segundo conflicto son los deseos homosexuales que **K** debe reprimir y que se ven reflejados en sus delirios persecutorios por parte de mujeres. Como mujer no puede amar a otra mujer, no puede amar a Rosa y eso le causa culpa. Al respecto el trabajo realizado por Luis Ortiz Hernández (2005), quien nos habla acerca de que la homofobia internalizada es un factor que puede incrementar los malestares mentales, ocasionando que el sujeto tenga sentimientos de culpa y autocastigos (Hernández, 2005). Lo que sucedió con **K**, que según lo relatado siente culpa por amar a Rosa y por su muerte. Considero que desde el feminismo **K** representa un peligro para las instituciones que han controlado a las mujeres –maternidad patriarcal, explotación económica, familia nuclear y la heterosexualidad obligatoria- ya que ella rompe con todas.

Caso G.

G tiene 48 años de edad, es del estado de Puebla, pasó cinco años entrando y saliendo del hospital debido a sus crisis derivadas de la esquizofrenia paranoide que padece, durante estos cinco años la mayor parte del tiempo lo pasó en el interior del nosocomio. **G** es divorciada, tiene dos hijos que se encuentran al cuidado del padre. Relata que decidió alejarse de ellos porque les estaba haciendo daño ya que siempre ha tenido el temor de poder contagiarlos de pensamientos delirantes. También, tiene miedo de que sus hijos desarrollen la misma enfermedad que ella, pues los médicos le han hablado de una supuesta predisposición genética que existe en su familia, ya que su mamá también fue diagnosticada con esquizofrenia. Por este motivo quiere ingresar nuevamente para que sus hijos la vean estable y controlada, o para que no la vean padeciendo sus malestares mentales.

Los primeros síntomas de **G** surgen en el año 1997, mientras cursa el cuarto semestre de la carrera de contaduría, comenta que dejó de tener la capacidad de retener información, lo que provocó que reprobara el semestre y abandonara la carrera. Sus familiares al darse cuenta de los síntomas, la llevan a la Ciudad de México, donde la internan por primera vez, en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Al salir de este lugar conoce a su ex marido, se casa con él y se mudan a Tijuana, donde comienza nuevamente con delirios, por lo cual la internan en el Hospital de la Salud Mental.

En la entrevista realizada a **G** aparecen transferencias institucionales, frecuentemente exalta a la institución y a la presidenta de dicha institución. Menciona la gran ayuda que recibió y el cambio que ha logrado en su vida. Dentro de sus relatos se destacan los lazos afectivos que ha hecho con los demás pacientes del hospital y la importancia de las terapias grupales, que la han ayudado a entender que no es la única con este padecimiento y que no está sola, pues en el interior ha encontrado “compañeras de dolor”. Por lo que retomando los planteamientos de Guattari damos cuenta de la importancia de la institución psiquiátrica, como un lugar donde se pueden reconstruir los lazos sociales, que muchas de las mujeres perdieron por su condición mental.

Uno de los conflictos centrales relatados es la frustración que sintió por truncar su carrera y las pocas expectativas que su familia tenía de ella, porque además de ser mujer presentaba síntomas de la esquizofrenia, dejándola como discapacitada, ya que la esquizofrenia es una condición que se asocia con una discapacidad considerable, que afecta el desempeño educativo y laboral (OMS, 2016). Otro conflicto relatado fue la disolución de su familia, debido al divorcio que tuvo de su pareja, lo que repercutió en el estado su salud mental. Otro motivo de sufrimiento durante los periodos de crisis es la preocupación de contagiarles pensamientos delirantes a sus hijos, por lo que optó por separarse de ellos, paradójicamente puede ser vista como una “mala madre” por haberlos abandonado, pero también como una “buena madre” por pensar en su bienestar mental (Suárez, 2005).

Una de las figuras que aparece en la entrevista es su madre, ya que las dos padecen esquizofrenia, en algún momento de la entrevista **G** menciona lo cómoda que se siente al hablar con su mamá sobre su enfermedad y las dificultades que esta conlleva. Esta identificación posiciona a la madre como figura central que permitió establecer un lazo de apego con ella, y repercutió en la idea del ideal de la maternidad (Palomar, 2005).

G menciona que ahora que se encuentra fuera del hospital ha desarrollado una dependencia hacia su familia, ya que la ayudan a recordar que debe tomarse los medicamentos; actualmente vive en casa de su hermana y su madre, trabaja vendiendo cosas en el sobre-ruedas⁸, en lo que se resuelve la situación con el Seguro Popular.

⁸ Sobre-ruedas es el nombre que reciben los mercados informales que se instalan en las calles de los diversos barrios y colonias populares de la ciudad de Tijuana Baja California.

Caso A.

A tiene 45 años, es originaria de Oaxaca, es casada, tiene dos hijas, llevaba un año en internamiento. A comenta que sus delirios comenzaron a la edad de doce años, recuerda que escuchaba una voz que le gritaba su nombre. En la adolescencia comenzó a beber alcohol y a drogarse para evitar las voces que la seguían a todas partes, expresó que solo al ingerir dichas sustancias se adormecía la enfermedad. Externó que, le preocupaba dejar de tomar medicamentos por no tener dinero para comprarlos, debido a que, ella ha experimentado la privación de los antipsicóticos y cuando eso pasa regresa los síntomas y la necesidad de beber o drogarse. Relata que, dentro del hospital se sintió muy bien pues ahí “se encuentra entre iguales” y se lleva bien con el personal, aunque por momentos comenta que los trabajadores del hospital “la odian a muerte”, pues ha denunciado a los doctores que la atienden, según sus palabras: “la doctora dice que me va a dar cranck, que me va a dar cuello, y sí le creo”.

Los problemas de salud de A se derivan de la muerte de su padre, la cual, marcó su vida, ya que, a la temprana edad de 15 años tuvo que ayudar a su madre a mantener a sus hermanos. Después sufrió por la muerte de su madre enferma de cáncer, mueren sus abuelos y ella expresa: “me quedé sola”. Posteriormente se casó y procreó dos hijas, ellas no la visitan. En la entrevista expresó sentir celos por su marido, dijo que él le fue infiel muchas veces y manifestó la idea de que su hija menor era amante de su esposo, por eso comentó que con ella no tenía una buena relación porque además es muy apegada a su papá. A me explicó que cuando tuvo problemas con su familia, ella misma decidió ir a internarse en la clínica, aunque luego expresa que la llevó su tío, pero después dice que por causa del alcohol vagó por las calles y vivió en un asilo cristiano y posteriormente sin saber cómo, llegó al Hospital de la Salud Mental donde residía hace un año o al menos eso recuerda; actualmente se encuentra ¿viviendo? con su pareja, aunque comenta que este no la tolera.

A es una de dos mujeres entrevistadas que han pasado por periodos de calle, en el HSMT encontró un sitio de resguardo ante dicha situación. El contexto económico de A ha sido precario, en consecuencia, se ha encontrado en posiciones de vulnerabilidad social, lo cual representa un problema ahora que le han quitado el Seguro Popular, pues no tiene dinero para comprar sus medicamentos, los que le han ayudado a controlar sus delirios y superar su alcoholismo y drogadicción, siendo este un factor de riesgo para detonar futuras crisis.

Los malestares mentales para **A**, se asocian con la pérdida de sus seres queridos, ya que los síntomas relacionados a la depresión y alcoholismo están ligados muchas veces a uno o varios sucesos específicos, como la pérdida de un ser querido (Borges, 2005). Por lo que, en el caso de **A**, la muerte de su padre, madre y abuelos, detonó el alcoholismo derivado de sus delirios esquizofrénicos. Lo cual impactó considerablemente su salud mental, dado que, los varones tienen prevalencias más altas a la farmacodependencia o al alcoholismo (Borges, 2005) en relación con las mujeres, este grupo tiene más herramientas para hacerle frente a estas problemáticas. En el caso de **A** el sufrir del abuso del alcoholismo femenino, fue una experiencia más traumática que lo que pueda ocurrir en los varones.

Caso E.

E es una mujer de 44 años, ingresó al Hospital de la Salud Mental cuando tenía 41 años, es originaria de Querétaro, es soltera y no tiene hijos, actualmente vive con sus familiares. Ella me relató que, sufre de esquizofrenia paranoide y que necesita estar medicada, pero con lo del Seguro Popular no ha podido conseguir su medicamento. Para **E** la condición de esquizofrénica es central en su vida diaria, define mucho de su personalidad, por lo que, tiene conflicto con la percepción de sus familiares con la enfermedad, sobre todo cuando los síntomas aparecieron específicamente, con las alucinaciones; estas eran visuales, olfativas y sonoras. En las visuales comentó que veía que las cosas se movían de su lugar y que veía cómo a una mujer en la calle le salía humo de la espalda; en las olfativas ella olía feo, y en las sonoras escuchaba voces que le decían qué hacer en momentos de estrés, según sus palabras las frases que escuchaban eran incoherencias. Tuvo tres crisis antes de ser diagnosticada con esquizofrenia. **E** me relató dos de las tres crisis; la primera fue cuando tuvo un problema con una amiga de la infancia y la otra fue cuando pensó que su hermana se había perdido, pero no fue así, solo fue producto de su ansiedad paranoide; estas crisis fueron violentas, pero controladas, en ambas la llevaron al hospital para tranquilizarla.

Comentó que sus tías al principio pensaron que sus problemas eran porque estaba poseída por el diablo o que le habían hecho brujería, lo cual provocó que se alejara de sus familiares. Sus alucinaciones continuaban, así que, su familia decidió internarla. En el internamiento comenta que sus familiares nunca la visitaron, solo su abuela quien siempre ha estado con ella. Relata que lo que más le gustaba era el taller de dibujo pues es lo único que la

distrae de la sombra que siempre la acosa, la que a pesar de los medicamentos no desaparece. Actualmente vive sola en la casa de su abuela.

E relató durante la entrevista que la esquizofrenia es un cúmulo de síntomas orgánicos, es decir, considera, al igual que los discursos psiquiátricos que la esquizofrenia es un trastorno con el que se nace y se debe vivir de por vida. **E** presentó resistencia en varias ocasiones, a veces implícita al no querer desarrollar algún tema, otras explícitamente en donde deliberadamente no quiso hablar de cómo vivía la sexualidad en el interior.

En el hospital **E** pudo hacer solo una amiga, ella misma se considera incapaz de hacer amistades por su esquizofrenia, por consiguiente, el que la hayan dado de alta del hospital representa nuevamente estar sola, pues no lleva buena relación con sus familiares, porque ellos piensan que **E**, no necesita ningún tratamiento, es decir, no la consideran como enferma, sino que, piensan que sus malestares son a causa de que le hicieron brujería. Con ello, damos cuenta de la información errónea que la sociedad tiene de los malestares mentales, ya que, se tiene la idea de que, por un lado, las personas que presentan algún padecimiento son violentos, y por el otro, que son víctimas de algún tipo de maleficios (OMS, 2001), lo que perpetua el estigma y discriminación a este sector.

Caso M.

M tiene cincuenta años, es originaria de Guadalajara, es viuda, tiene dos hijos, pasó dos años en internamiento. **M** se casó a la edad de 14 años con un hombre 16 años mayor que ella, cuatro años más tarde se entera que su madre sostiene desde hace mucho tiempo un amorío con su esposo, por lo que, decide según sus palabras, apartarlo de ella mudándose a Tijuana. **M** comenta que su esposo tenía una posición muy acomodada porque era comerciante de carne, en consecuencia, a sus hijos y a ella nunca les faltó nada. Su marido muere cuando ella tiene 40 años dejándoles todo a sus hijos y a la mamá de **M** quien seguía siendo su amante. Sus hijos la corren de casa porque la culpan de una supuesta infidelidad a su padre. Pasa seis años en condición de calle, hasta que encuentra a una comadre que le da una habitación en su casa. **M** empieza a tener delirios paranoicos, piensa que su madre la está buscando para matarla, comienza a ser muy agresiva, por lo cual, su comadre la interna en el HSMT. En el

internamiento encuentra un lugar de paz. Actualmente vive con su comadre y trabaja en el sobre-ruedas para conseguir dinero para el medicamento.

Para **M** ser mujer significó ser una competencia para su madre, la figura que debió brindarle cariño no la trató como una hija sino como una rival que le quitó el cariño de un hombre, lo que ocasionó, que **M** sufriera violencia⁹ por parte de su madre durante toda su vida, lo que propició que, pasara periodos en situación de calle, ya que, **M** dependía económicamente de su marido, pues ella era ama de casa, trabajo que no recibe remuneración económica (Federici, 2010), por lo que al morir su esposo **M** queda desprotegida y sufre el rechazo por sus hijos, quedando vulnerable y con huellas de violencia que afectaron su salud mental.

Caso Y.

Y tiene 59 años de edad, es de San Luis Potosí, es viuda, tiene 4 hijos, pasó dos años en internamiento. **Y** tiene cuatro hermanos vivos y una hermana muerta. Para **Y** sus problemas mentales comienzan con un suceso que marco el resto de su vida, a la edad de seis años es abusada sexualmente por su padre, esto continúa por ocho años más; hasta que a la edad de catorce tiene el valor para denunciarlo ante las autoridades. La madre de **Y** la culpa por meter a su padre a la cárcel y la corre de casa, por lo que, **Y** se ve obligada a juntarse con un joven. Tiene a su primer hijo, pero comienza a deprimirse por lo que se separa de su esposo y le deja a la niña a cargo. Tiempo después conoce a su segundo esposo, se casa y se muda a Tijuana, aquí tiene a sus otros tres hijos. Al esposo de **Y** según su relato lo mata la mafia. Este hecho hace que intente suicidarse, al no lograrlo opta por cortarse los brazos para sentirse mejor, por lo cual sus hermanos deciden internarla. En el internamiento comenta que hizo lazos de amistad con otras internas, médicos y enfermeros; para **Y** el hospital fue lo mejor que le pudo pasar. Actualmente se encuentra al cuidado de uno de sus hermanos, espera regresar pronto al hospital, pues considera que es mejor que su casa y es el lugar donde se encuentra su nueva familia.

⁹ La violencia se define como un acto intencional, dirigido a dominar, controlar, agredir o lastimar a alguien más. Casi siempre es ejercida por las personas que tienen el poder en una relación, como el padre y/o la madre sobre los y las hijas.

Y es una mujer que ha enfrentado contextos de violencia y abusos que han marcado su vida. El primero es el abuso sexual¹⁰ que sufrió por parte de su padre, lo cual representa un factor importante como detonante de su trastorno mental, como lo comentan Mykletun y Dahl (2005), quienes hablan acerca de que las víctimas de abusos sexuales en la infancia son más propensas a desarrollar síntomas y trastornos psiquiátricos. Además, las víctimas de abuso intrafamiliar (incesto) suelen ser más frecuentemente mujeres (58.9%) que hombres (40.1%) (Mykletun y Dahl, 2005), por lo que **Y** al ser la única mujer entre sus hermanos fue la que tuvo que soportar los abusos por parte de su padre. El segundo es el contexto de violencia derivado del narcotráfico, responsable por la muerte de su marido, dejando a **Y** en condición de fragilidad y con la responsabilidad de hacerse cargo de sus hijos.

Y relata que el hospital es lo mejor que le ha pasado, es un refugio donde pudo dejar de pensar en los abusos sufridos por parte de su padre, sin embargo, su internamiento no sirvió para que pudiera resignificar esta violación, por lo que, ahora que ha salido del hospital a causa de la cancelación del Seguro Popular, toda la carga emocional sigue vigente y la sigue dañando, ya que, comenta que ha pensado en suicidarse por no soportar los recuerdos de su pasado.

Caso P.

P tiene 32 años de edad, es de Tijuana, es separada y tiene un hijo. **P** es hija única, según su relato, sus problemas de salud mental se desarrollan por consumir drogas. Cuando tenía 16 años un tío abusó sexualmente de ella, al contarle este suceso a su madre no le creyó, por lo que **P** comienza a consumir alcohol en exceso, después metanfetamina, a la que se hace adicta. Se va de su casa y comienza a vender su cuerpo por conseguir drogas y dinero, lo que hace por siete años. A los 25 años se embaraza y tiene un hijo del que hoy en día no sabe nada. A los 27 comienza con delirios paranoicos, piensa que la van a matar, busca ayuda con un psicólogo que la manda al hospital de la Salud Mental de Tijuana. En este lugar le brindaron según comenta, orientación y una nueva vida. Actualmente se encuentra en casa de una excompañera del trabajo, no tiene empleo, pero menciona que ella no volvería a vender su cuerpo, pues ahora es una “mejor mujer”.

¹⁰ Cualquier solicitud o ejercicio de contacto, caricias, juegos o toqueteos, en los que al menos uno de los implicados no desea, conoce o carece de conciencia de lo que está pasando y que se obtiene por la fuerza o la ascendencia con la víctima.

Los conflictos de **P** se desarrollan por la violación que sufrió por parte de uno de sus familiares, dejando graves secuelas en su salud mental, pues como lo comenta Jane Ussher la violencia sexual provoca transformaciones radicales en la forma en la que las víctimas se relacionan con su entorno inmediato y con la sociedad en conjunto (Ussher, 1991). El único escape que **P** encontró fueron las drogas. Hecho que la arrojó a trabajar como sexo servidora. En consideración, las experiencias vividas por **P**, sugieren que el uso de sustancias ha sido la manera de atenuar la cantidad de situaciones de adversidad que atravesó, así como la ayuda a enfrentar un trabajo sexual cotidiano (Ramos, 2014)

Caso J.

J tiene 31 años de edad, es de Tijuana, es soltera y no tiene hijos. Para **J** estar interna en el HSMT fue lo peor que le pudo haber pasado. **J** es la mayor de dos hermanos, actualmente vive con sus padres los cuales siempre la han apoyado. **J** se llama así misma asexual¹¹, diagnóstico que le hicieron los médicos en el Hospital de la Salud Mental. Ella comenta que nunca le interesaron ni los hombres ni las mujeres, toda su vida se sintió diferente. Cuando era adolescente por la presión que tenía de sus amigas por tener un novio **J** se volvió muy agresiva por lo que, se apartó de todas sus amistades. Comenzó a escuchar voces que le decían que no debía atraerle nadie pues si esto sucedía pasarían cosas muy malas. Cuando sus padres deciden internarla ella no está de acuerdo, pero no le queda opción. Comenta que ella manifestaba el no querer estar ahí, pero los médicos no hablaban con ella, solo se limitaban a medicarla. Cuando le dijeron que ya no podía ser interna **J** se alegró mucho. Actualmente trabaja en una maquila durante diez horas, pues con ello según me dijo las voces de su cabeza están bajo control.

Para **J** el ser mujer simboliza ser vanidosa y poder vestirse como quiera, cosa que no pueden hacer los hombres, y algo que no podía hacer durante su internamiento, en ese sentido, el pensamiento de **J** reproduce lo que se espera del género femenino. También para **J** ser mujer implica el poder tener “chamacos”, pero también involucra la decisión de no querer tener hijos, como es su caso, lo cual como lo indica Cervantes Carso (1994) la experiencia de la maternidad o la decisión de no ser madres repercute de manera considerable en la vida de

¹¹ La asexualidad es la orientación sexual de una persona que no siente atracción sexual hacia ninguna otra persona.

todas las mujeres, puesto que, la maternidad es un imaginario que atraviesa la subjetividad femenina.

Caso C.

C es una mujer de 35 años de edad, es originaria de Oaxaca, tiene tres hijos y es casada, estuvo durante tres años en internamiento. **C** proviene de una familia de bajos recursos, lo primero que ella comenta es que: “además de loca es pobre”, vino a Tijuana en busca de mejores oportunidades de trabajo, llegó con su esposo cuando ella tenía 20 años. Relata que su marido ha sido su apoyo y su desgracia, pues debido a los golpes que éste le daba comenzó con sus delirios. Para **C** el hecho que no tener Seguro Popular le ha afectado mucho, pues ahora tiene que vivir con su marido y éste la sigue golpeando, además de no tener dinero para su medicamento por lo que se siente mal, sin ganas de seguir adelante.

C sufre violencia familiar por parte de su cónyuge, situación que le ha afectado psicológicamente, ya que existe una relación entre violencia física y problemas de salud (Ochoa, 2015). No obstante **C**, debe soportar esta situación debido a la dependencia económica. El HSMT le sirvió como una casa de resguardo de los maltratos recibidos, sin embargo, al provenir de una familia de bajos recursos y al ser ama de casa, una vez fuera del hospital tuvo que regresar con su captor pues no tiene capacidad económica para hacerse responsable de ella o de sus hijos.

Caso L.

L es una mujer de 38 años de edad, es de Ensenada, es casada y no tiene hijos, pasó dos años en internamiento. **L** también dice ser asexual, comenta que no tiene interés por hombres ni por mujeres, sin embargo, siempre quiso tener un hijo por lo que se casó muy joven, pero aún no ha podido tener hijos, aunque, no pierde las esperanzas. Llegó al internamiento porque por mucho tiempo tuvo periodos de depresión que le impedían levantarse de la cama, también, porque comenzó a ser agresiva con las personas que la rodeaban y con ella misma. Su marido al no poder controlarla, la llevo al HSMT. Ella dice que las experiencias que tuvo en el hospital fueron muy bonitas, que no hubo nada que le molestara.

Para **L** un conflicto relatado es la frustración por no poder ser madre, lo cual le ha ocasionado periodos de depresión que la han tenido en cama. Ya que la depresión es la cuarta causa de discapacidad en el mundo en años saludables, y es la primera causa de discapacidad para las mujeres (Berenzon, 2012). Durante su estancia en el HSMT las psicólogas la ayudaron con aspectos emocionales, sin embargo, ahora que está fuera sufre de baja autoestima pues perdió dos años de su vida en el interior, actualmente con 38 años se siente vieja y cada vez más lejos de poder ser madre. Otro conflicto, se presenta cuando los médicos le hacen el diagnóstico de asexualidad, ya que comenta que por ser asexual no puede tener relaciones con su pareja, por ende, no puede embarazarse, aunado al miedo que siente porque su pareja consiga alguien más joven con la que pueda tener un hijo. Ella relata que fue a raíz de tomar el medicamento para la depresión severa que comienza a perder el interés y el deseo por mantener relaciones con su pareja, paradójicamente el medicamento que busca controlar su depresión, le ha provocado otros malestares emocionales.

La tabla 2.2 expone los diagnósticos y la edad de los primeros síntomas de las entrevistadas. Se muestra que la esquizofrenia es la enfermedad que más se encuentra presente, seis de ellas la tienen. Dato que es relevante ya que, la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, es más frecuentes en hombres (12 millones), en relación con las mujeres (9 millones) (OMS, 2016). Le sigue el diagnóstico de depresión y la ansiedad, cuatro de ellas la padecen, es común que estos malestares se presenten en conjunto, debido a que, la depresión tiene una alta concurrencia con otros trastornos como la ansiedad, en el caso de las 4 entrevistadas, este malestar ha sido motivo de discapacidad. Berenzon menciona a la depresión como el malestar que ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres (Berenzon, 2012). Por otro lado, la edad de los primeros síntomas varía se presentan de los 12 años a 47 años, siendo la media 30 años, tomando en cuenta que la de esquizofrenia se desarrolla generalmente a una edad más temprana en los hombres que en las mujeres (OMS, 2016) y que la depresión y ansiedad puede manifestarse a cualquier edad (OMS, 2015).

Tabla 2.2 Diagnósticos de las mujeres entrevistadas

<i>Nombre</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>Edad de los primeros síntomas</i>
K	Esquizofrenia	27 años
G	Esquizofrenia	23 años
A	Esquizofrenia	12 años
E	Esquizofrenia	30 años
Y	Esquizofrenia	35 años
J	Esquizofrenia	17 años
M	Depresión severa	47 años
P	Depresión severa y ansiedad	27 años
L	Depresión severa y ansiedad	35 años
C	Depresión severa	31 años

Fuente: elaboración propia

Las enfermedades mentales son condiciones a las que estamos expuestos los seres humanos, pero el cómo, cuándo y bajo qué condiciones perderemos nuestra salud mental y la ayuda que recibiremos en una u otra crisis dependerá contundentemente de nuestra condición de género y clase. Las historias de las diez mujeres entrevistadas están cargadas de situaciones de vulnerabilidad por varias condiciones; la de género, clase social y sexualidad, que las hizo propensas a recibir maltratos y violencia, por parte de sus familiares; su condición de clase también les ha afectado en su contexto actual a sufrir violencia de tipo estructural¹² por parte del gobierno que las ha privado de los beneficios de la atención a su bienestar emocional.

Partiendo de estos relatos compartidos por diez mujeres que fueron internas en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, se realizan los capítulos siguientes los cuales, serán un contraste entre los puntos planteados en el marco teórico y los fragmentos de dichos relatos.

¹² El término violencia estructural es aplicable en aquellas situaciones en las que se produce un daño en la satisfacción de las necesidades humanas básicas (supervivencia, bienestar, identidad o libertad) como resultado de los procesos de estratificación social, es decir, sin necesidad de formas de violencia directa. Término tomado de Johan Galtung.

Se hacen presentes otros elementos que no fueron considerados en primera instancia, pero que son relevantes y se relacionan directamente con esta investigación.

CAPÍTULO III. CÓMO LLEGAR AL SUJETO DE ESTUDIO O RUTA METODOLÓGICA UTILIZADA

¿Desde dónde hablo?

Hablo desde las posiciones que me han impuesto aquellos hacedores de verdad (papás, maestros, psiquiátricas, sociedad), ser mujer, ser heterosexual y haber estado catalogada como “esquizofrénica” como “enferma”, ahora con trastorno de ansiedad. Hablo desde mi posición, desde lo raro, lo disímil. Hablo, por lo tanto, desde la exclusión, desde la diferencia, aquella que asusta, sin embargo, concuerdo con Cherrie Moraga (1988), cuando plantea que la única cosa sobre la que vale la pena escribir es sobre lo desconocido y por lo tanto temeroso (Moraga, 1988). Por este motivo, me he sumergido durante más de cuatro años en temas relacionados con los malestares mentales y conflictos psíquicos de personas en internamiento psiquiátrico, decisión que me ha valido cuestionamientos por parte de mis familiares, compañeras y compañeros acerca de la elección de mi sujeto de estudio; me han preguntado por qué me interesé por trabajar con mujeres en esa condición. No fue casualidad la elección de este tema, he escuchado la frase pronunciada por muchas feministas “lo personal es político”, frase que representa la lucha entre la dicotomía de lo privado y lo público. Es así que, mis acercamientos e intereses por conocer qué sucede con las mujeres internas en hospitales psiquiátricos, surgen a partir de mis experiencias y luchas personales, que se han transformado en luchas colectivas a lo largo de mi historia de vida.

Llegué al tema de investigación después de haber pasado por momentos que me marcaron, entre ellos dos intentos de suicidio, varios cuadros depresivos, además, del trabajo realizado en distintos hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México, como el Samuel Ramírez Moreno, el CAIS Cascada, el CAIS Coruña. Esas experiencias me han dado indicios para entender que determinadas situaciones como el ser mujer con algún malestar mental signa la subjetividad. Así mismo, me han permitido ser consciente de que los cuerpos que se encuentran en internamiento son invisibilizados por estructuras y dispositivos de opresión. Sin embargo, también he vivido procesos de aprendizaje durante mi formación como psicóloga y estudiante de la maestría en Estudios Culturales, que me han aportado herramientas y conocimientos para ser críticamente consciente de las articulaciones entre las estructuras

opresoras y la capacidad de agencia de las mujeres con malestares mentales. Todo ello me ha permitido pensar que, dentro de los espacios psiquiátricos, las mujeres viven su propia experiencia subjetiva.

Hasta aquí he tratado de expresar cómo es que llegué a la elección de mi sujeto de estudio. Por lo que me parece pertinente remarcar que mi experiencia desde la que vivo y he vivido las relaciones de poder se articula con una mirada crítica. Es, por tanto, una manera de entender la subjetividad, el género, los dispositivos disciplinarios y de poder, entre otros marcadores desde los que he percibido e interpretado las diversas realidades. Como psicóloga, estudiante de maestría en Estudios Culturales y feminista, la metodología y marco teórico desarrollados resultan de comprender la subjetividad como una performantividad, es decir, como una posición y no como algo rígido; por lo que, la intención de esta ruta metodológica no es desarrollar un conocimiento universal y objetivo, sino lanzar un panorama subjetivo desde un posicionamiento crítico. De tal manera que el reconocer mi punto de partida, tanto teórico como vivencial, es una manera de renunciar al “conocimiento científico universal” a la vez, que me permite tomar responsabilidad sobre mi posición. Tomando lo propuesto por Donna Haraway, el conocimiento situado, es la manera que tenemos como feministas de ser “objetivas” (Haraway, 1991).

El propósito del presente capítulo es mostrar de manera detallada cuál fue la ruta metodológica utilizada durante el desarrollo de esta investigación. Se presenta la elección de la metodología cualitativa, que puede ubicarse dentro de la investigación feminista con una perspectiva de género, se incluye la descripción de los sujetos de estudio, así como los criterios de selección. Se detallan las técnicas y sus respectivos instrumentos por medio de los cuales fue posible la recolección de datos: la entrevista semiestructurada y la observación etnográfica. De la misma manera se presenta la inmersión al campo en donde se narra una parte de la etnografía relatada en el diario de campo. Por último, se incluye la ruta de análisis con un ejemplo de códigos realizados mediante el software de procesamiento de datos cualitativos Atlas.ti.

3.1. La metodología

En las ciencias sociales existen dos grandes métodos de investigación: los cuantitativos y los cualitativos. Los primeros pertenecen al paradigma positivista que ha enfatizado la estandarización y el control que el investigador tiene durante el proceso de recolección y análisis de datos (Sprague, 1992), se definen por su carácter numérico. En tanto que, los métodos cualitativos pertenecen al paradigma hermenéutico, haciendo énfasis en las experiencias de los sujetos (Sampieri, 1991).

Entre las limitaciones de los métodos cuantitativos, es que se pueden presentar sesgos en la investigación entre los que se encuentran: la estandarización de datos, las medidas normalizadoras y el uso de estadísticas. Estos sesgos pueden inducir a los investigadores a subrayar diferencias de tal extremo que las continuidades subyacentes desaparecen de la visión, teniendo un nivel de análisis poco profundo (Sprague, 1992). Sin embargo, la metodología cualitativa también presenta sesgos que pueden limitar la investigación, tales como: la objetivación de los sujetos de investigación, la influencia del poder social que se convierte en un tema de investigación (Sprague, 1992).

El propósito de la investigación cualitativa reside en intentar “reconstruir” la realidad, tal y como la viven, experimentan y observan los actores de un sistema social previamente definido (Sampieri, 1991). La metodología cualitativa destaca los matices y la interpretación del problema de investigación a través de entrevistas, textos y observación con un enfoque intensivo y un análisis detallado de los procesos y significados (Sprague, 1991).

Si bien ninguno de los dos métodos está libre de limitaciones, para esta investigación se utilizó la metodología cualitativa, debido a que posibilitó definir y refinar la pregunta principal del estudio:

¿Cómo influyen los dispositivos disciplinarios en la construcción de subjetividades signadas por el género, la clase social y la sexualidad de las pacientes del Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California?

Por lo que, el sentido de esta investigación no es formular inferencias probabilísticas, sino darles sentido a las respuestas de las entrevistadas. Las técnicas como la entrevista y la observación etnográfica dentro de este método demostraron ser una vía adecuada para la

recolección de información en el campo de la subjetividad, la salud mental y el género de mujeres internas en hospitales psiquiátricos. Tomando como premisa que la realidad del fenómeno social la construyen los individuos que dan significado al fenómeno social (Sampieri, 1991). El método cualitativo también posibilitó una aproximación al contexto en el que se desenvuelve la investigación desde el punto de vista de los actores, en este caso de las mujeres internas en un hospital psiquiátrico.

Al elegir la metodología cualitativa para el análisis de la realidad social, este estudio hace hincapié en el enfoque de los actores y en el contexto en el que estos se desarrollaron poniendo énfasis en el significado de las relaciones sociales (Tarrés, 2008). Lo cual ayudó a producir datos descriptivos que surgieron de las interacciones con los sujetos de estudio en diálogo con la teoría, ya que, la metodología cualitativa más que un conjunto de técnicas, se trata de un modo de encarar el mundo empírico (Taylor y Bodgan, 1992).

3.1.1. Metodología feminista y el conocimiento situado

La metodología empleada se inscribe dentro de la investigación feminista llamada también no sexista, ni androcéntrica (Bartra, 2010), con esto se buscó generar conocimiento que no discrimine en virtud del sexo y que no se encuentre centrada en los varones, para así permitir a las mujeres actuar críticamente en pos de erradicar la desigualdad de género (Castañeda, 2008). Se hizo uso de la investigación feminista con el propósito de crear un espacio de expresión de la diversidad de las mujeres, entre los vínculos conceptuales, las condiciones sociales que precisan situaciones concretas (género, clase social) y otras dimensiones de adscripción (parentesco, sexualidad), los cuales orientaron los procedimientos esenciales a explicitar cómo se caracterizarán a las mujeres en tanto que sujetas de la investigación (Castañeda, 2008). Por todo esto, existe un reconocimiento de las distintas situaciones y experiencias vividas en torno a la salud mental de mujeres y hombres.

La investigación feminista fue de utilidad en este estudio pues ayudó a incorporar la perspectiva de género en el campo de la salud, permitiendo una visión adecuada de las desigualdades que sufren las mujeres entrevistadas, además ofreció una visión no determinista ni naturalizadora del cuerpo y de la salud (Castro, 1993). Por lo que, cuestionó los sesgos de

género que existen en las investigaciones de la salud derivados de prácticas sexistas y androcéntricas.

Así mismo, la metodología planteada retoma la noción de conocimiento situado propuesto por la filósofa estadounidense Donna Haraway, de esta forma, al hablar de las sujetos de estudio, se pusieron de manifiesto las posiciones de las que se parte como investigador/a (Haraway, 1991), ya que, sin importar el método empleado, ningún conocimiento está distanciado del contexto ni de la mirada subjetiva de la investigadora. Tomando lo propuesto por Haraway (1991), debo manifestar que, parto desde mis propias vivencias y pronunciamientos personales, con lo que hago explícito mi posicionamiento político, cuyo horizonte fue analizar la interacción de las mujeres en condición de internamiento con las relaciones sociales de poder, dominación y las estructuras simbólicas, culturales y mentales que la sostienen.

Dado que, los puntos de vista nunca son neutros (Haraway, 1991), existen muchos lugares desde donde miramos la realidad, por lo que siempre hay un conocimiento parcial y situado. Por tanto, desde mi propia perspectiva subjetiva interpreto la realidad estudiada, con lo cual, se obtuvo una objetividad radical, que valida el conocimiento producido en tanto real desde el punto de vista de quien lo produce (Haraway, 1991). La perspectiva del conocimiento situado permitió acceder a la encarnación de lo particular y específico, pues como señala Haraway “solo una visión parcial promete una visión objetiva” (Haraway, 1995: 326). En ese sentido, se asumió la integración de múltiples miradas de una realidad social. Desde estas concepciones metodológicas, se remarca el peso de las experiencias cotidianas como elementos clave para comprender las dinámicas que sufren diversos grupos en contextos determinados. En el caso de las mujeres en internamiento fue necesario considerar la aplicación de marcos metodológicos en marcos de producción científica disímil, como lo fue el conocimiento situado.

3.2. Mujeres internas del Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California

En este apartado doy a conocer los perfiles de las mujeres internas que me apoyaron en la realización de esta investigación (Ver tabla 3.1). Ellas compartieron sus vivencias y malestares de una vida que transcurrió detrás de las cuatro paredes del Hospital de la Salud Mental de

Tijuana. Para garantizar el anonimato de las participantes se recurrió por cambiar el nombre por seudónimos usando iniciales como se estipula en la carta de consentimiento informado.

Tabla 3.1 Perfiles de las mujeres entrevistadas

<i>Seudónimo</i>	<i>Edad</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Lugar de origen</i>	<i>Número de hijos</i>	<i>Tiempo de internamiento</i>
P	31	Soltera	Tijuana	0	1 año y medio
J	32	Separada	Tijuana	1	3 años
C	35	Casada	Oaxaca	3	3 años
L	38	Casada	Ensenada	0	2 años
E	44	Divorciada	Puebla	2	5 años
A	45	Casada	Oaxaca	2	1 año y medio
K	46	Soltera	Ciudad de México	0	4 años
G	48	Divorciada	Puebla	2	5 años
M	50	Viuda	Guadalajara	2	2 años
Y	59	Viuda	San Luis Potosí	4	2 años

Fuente: elaboración propia.

La tabla 3.1 muestra algunos datos de las mujeres entrevistadas: edad, estado civil, lugar de origen, número de hijos y el tiempo de internamiento. Se desprende que la edad va de un rango de 31 años a los 59 años, siendo la media de edad 45 años. En relación al estado civil, se puede notar que una es separada; dos son solteras; tres son casadas; dos son divorciadas; dos son viudas. Por otra parte, el lugar de origen de las entrevistadas denota que tres son del norte del país, del Estado de Baja California; tres son de la región centro, dos del Estado de Puebla y

una de la Ciudad de México; dos son del suroeste, del Estado de Oaxaca; una del occidente, del Estado de Guadalajara; una del noroeste, del estado de San Luis Potosí. Correspondiente al número de hijos, la tabla muestra que tres no tienen hijos; cuatro tienen dos hijos; una tiene cuatro hijos, una tiene tres hijos; una tiene un hijo. En lo que respecta al tiempo de internamiento destaca que este va de un año a los cinco años siendo la media de internamiento de tres años.

3.3. Vicisitudes del trabajo de campo: el Seguro Popular

Compartir los altibajos surgidos en el desarrollo del trabajo de campo es el propósito central del presente apartado. Inicialmente el estudio tenía contemplado realizar entrevistas a mujeres internas en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, se había considerado entrevistar a doce mujeres, seleccionadas bajo una muestra de casos-tipo, sin embargo, por la cancelación que la institución tenía con el Seguro Popular, no fue posible realizar las entrevistas en el interior. Por lo que, opté por rastrear a las mujeres que habían dado de alta del hospital, se consiguieron diez entrevistas, obtenidas bajo la lógica de un muestreo de participantes voluntarios (Sampieri, 1991). Las condiciones de clase de las internas fueron similares, todas ellas provenían de estratos sociales bajos y condiciones de vida vulnerable, por ello la clase se tomó como un marcador relevante para el estudio, porque por medio de esta dimensión se pueden notar las vicisitudes que viven las mujeres de bajos recursos en los accesos a servicios de salud mental. La selección de la edad de las mujeres entrevistadas, surgió por las circunstancias del propio trabajo de campo, siendo el rango de edad de 30 a 59 años, suficiente para permitir escuchar tanto las experiencias de las mujeres que han pasado poca parte de su vida con el diagnóstico de algún padecimiento psiquiátrico como las que han pasado la mayor parte con este, a su vez permitió tener un acercamiento desde distintas miradas a las diversas vivencias en el internamiento de varias generaciones de mujeres.

Se había pensado tomar el tiempo de internamiento como un factor relevante dentro de los criterios de selección, se tenía planteado buscar mujeres que hubieran pasado al menos seis meses en internamiento, de este modo se aseguraría el proceso de socialización en la institución psiquiátrica y un conocimiento de la realidad al interior del nosocomio (Parrini, 2007). En el desarrollo del trabajo de campo, este factor fue menos significativo, dado que, el

tiempo de internamiento de la muestra va de uno a cinco años, por lo tanto, las entrevistadas tenían nociones de la realidad del interior, en consecuencia, las entrevistas brindaron un panorama general de las experiencias vividas por diez mujeres en el internamiento.

Además, se pensaba también realizar entrevistas a psiquiatras y personal del hospital, para conocer cómo construyen el discurso psiquiátrico en torno al malestar mental de las mujeres, pero por motivos emergentes en la investigación, no se tuvo acceso a estas narrativas, tampoco se pudo realizar observación en el interior, por lo que no fue posible un panorama del discurso institucional elaborado por los agentes reguladores. No obstante, se pudo realizar dos entrevistas a psiquiatras en el centro del Instituto de Psiquiatría del Estado Baja California (IPBEC), que si bien no, nos permite conocer suficientemente los discursos institucionales, si fueron útiles como un punto de partida para pensar qué discursos interpelan la construcción de la subjetividad de las mujeres con padecimientos mentales.

3.4. Lugar y temporalidad del estudio

El lugar donde se realizó la investigación fue el Hospital de la Salud Mental ubicado en el municipio de Tijuana, Baja California y el centro Nueva Vida IPEBC, ubicado en el mismo municipio. Los hospitales psiquiátricos con los que cuenta el estado de Baja California son tres, y se localizan en Mexicali, Rosarito y Tijuana. Anteriormente se había propuesto un estudio comparativo entre el Hospital de la Salud Mental, ubicado en el Estado de Baja California, y el Hospital Psiquiátrico José Sayago, ubicado en el Estado de México, por los tiempos previstos para el trabajo de campo y la presentación de la tesis, se optó por trabajar en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, además de que está afiliado al Seguro Popular¹³.

El número de mujeres internas que se encontraban en este lugar antes de febrero del 2016 era de 40, el hospital cuenta con un área de internamiento cuya capacidad es para 80 internos, los espacios reservados para las mujeres son aproximadamente de 42. En relación a la temporalidad de la investigación, el presente es un estudio transversal, es decir se centró en un momento específico y no dio seguimiento en el tiempo al fenómeno estudiado (Iglesias y Cortés, 2004). Se buscó indagar en el pasado de las mujeres antes del internamiento y en su presente, puesto que el pasado nos habló acerca de la subjetividad que poseía antes del

¹³ Aunque a partir del mes de febrero del 2016 no han renovado contrato con éste.

diagnóstico, lo cual permitió contrastarlo con la construcción de su subjetividad en el momento presente.

El trabajo de campo empezó desde diciembre del 2015 y se terminó en marzo del 2016. La inmersión al campo comenzó el 1 de diciembre del 2015, con una reunión con la psicóloga encargada del área de servicio social de la institución, en dicha reunión se habló acerca de los propósitos de mi investigación, así mismo se me solicitó una carta¹⁴ por parte de El Colegio de la Frontera Norte, institución en la cual curso mi maestría, la que posteriormente hice llegar. A partir de ese momento se me permitió asistir al hospital solo como observadora durante quince días del mes de diciembre. Desde esa primera inmersión todo quedó registrado en un diario de campo.

En enero del 2016 la encargada del servicio social de la institución se comunicó conmigo diciendo que por el cambio de administración tenía que llenar unos formatos de cuestiones éticas que debían pasar por el nuevo Consejo. El 9 de febrero finalmente obtuve respuestas permitiéndome continuar con la investigación el 15 de febrero del 2016, sin embargo, días antes de esta fecha recibí una llamada comentando que no podía realizar mis entrevistas en aquel lugar, pues, el hospital no había renovado el contrato con el Seguro Popular. Así que, para poder concluir mi trabajo de campo asistí al Hospital de la Salud Mental donde se reunían las personas afectadas en protesta por lo ocurrido, y pude realizar seis entrevistas a mujeres que habían dado de alta. Un contacto me informó que a otras pacientes que estuvieron internas las atendían en el Centro Nueva Vida IPBC en el centro de Tijuana, en ese lugar realicé seis entrevistas; dos entrevistas a psiquiatras de la institución y cuatro a mujeres que fueron internas en el HSMT, con lo que concluí el trabajo de campo.

3.5. Conceptos y categorías de análisis

Para el análisis de esta investigación se toman los siguientes conceptos centrales: disciplina, subjetividad, performantividad, resistencia y sexualidad. Estos conceptos están encuadrados dentro del posestructuralismo de Michel Foucault y del feminismo postestructural de Judith Butler. Se retoman las subjetividades genéricas desde su carácter performantivo y la

¹⁴ La carta se puede consultar en los anexos.

institución psiquiátrica desde los planteamientos de Michel Foucault. Así mismo se piensan las resistencias desde las propuestas de Michel De Certeau.

Los elementos conceptuales se analizan de la siguiente manera:

1. Subjetividad: partiendo de los planteamientos teóricos de Michel Foucault (1975), se propone que el sujeto es un efecto del poder y el resultado de un conjunto de técnicas, ciencias y otros tipos de dispositivos (Foucault, 1975), en ese sentido, la subjetividad es el resultado de los mecanismos de normalización en el individuo, o en otras palabras, de la forma en que los dispositivos disciplinarios se articulan entre sí, dando como resultado un tipo de mentalidad congruente con las condiciones culturales existentes (Aquino, 2013). La subjetividad desde esta perspectiva no es pensada como el resultado fijo de procesos culturales y sociales, sino la relación existente entre un campo productor de normas, códigos, modos y prohibiciones sociales en las que se encuentran inscritas las personas. Por lo tanto, la construcción de las subjetividades femeninas se encuentra interpelada por discursos sociales y culturales, se construye y reconstruye, para ello, se elaboran discursos que la signan, como la sexualidad y la maternidad. En el interior de los hospitales psiquiátricos los discursos se encuentran permeados por marcadores que perpetúan la subordinación de las mujeres (género, la clase social y la sexualidad).
2. La disciplina: métodos utilizados por ciertos grupos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, garantizando con ello la sujeción constante de sus fuerzas y logrando imponer una relación de docilidad-utilidad a otros grupos que se encuentran en subordinación. Es un tipo de poder; una modalidad para ejercerlo, implica todo un conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimientos, de niveles de aplicación, de metas. Proceden ante todo a la distribución de los individuos en el espacio. Con lo que permite conocer, dominar y utilizar.
3. Sexualidad: elaboración psíquica y cultural sobre los placeres de los intercambios corporales. Construida discursivamente, regulada mediante prohibiciones y sanciones que le dan forma y direccionalidad. Hace referencia al sexo, las identidades y los

papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual, las fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

4. Performantividad: es vista como una forma de explicar el movimiento relacional de naturalización artificial que se exige al sujeto individual para producir y reafirmar la correspondencia entre sexo, género y sexualidad, una alineación ideal que en realidad es cuestionada por la singularidad de forma constante y falla permanente. El concepto se retoma y es de utilidad al relacionarlo con las configuraciones de subjetividades, pues se plantea que las subjetividades se performan.
5. Resistencia: Las instituciones psiquiátricas se presentan como espacios altamente vigilados y restrictivos, en los que cada movimiento y acción de las sujetos internas es controlado, observado y clasificado. Este concepto permitirá analizar que estos espacios no solo son constringentes, sino que, las mujeres elaboran estrategias de resistencia que escapan de la lógica de la institución psiquiátrica, las cuales ocurren en momentos imprevistos.¹⁵

De los argumentos anteriores se puede extraer las siguientes categorías de análisis, que sirvieron para hacer una clasificación de las temáticas observables. Para el concepto disciplina se trabajó con dos categorías:

1) Los dispositivos disciplinarios que comprenden las redes de relaciones que se establecen entre elementos heterogéneos; incluye discursos, instituciones, arquitectura, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no dicho. En este estudio, los dispositivos disciplinarios analizados fueron: el cronograma de actividades, el uso de espacios y tiempos en el interior, lo que las entrevistadas me relataron sobre su relación con el personal de la institución.

¹⁵ Estos elementos conceptuales fueron elaborados a partir de las definiciones que han hecho Michel Foucault, Judith Butler, Alejandra Aquino, Michel De Certeau, la OMS. En este estudio se han modificado para encuadrarlos dentro de la pregunta de investigación e hipótesis.

2) Los agentes reguladores: hace referencia a la relación de las mujeres internas con los médicos, familiares, psiquiatras, policías.

El concepto subjetividad tomó las siguientes categorías de análisis:

- 1) Alma: es la sustancia del cuerpo, el acto final y primero de un cuerpo que tiene la vida en potencia, alma nos remite a la psique. En este estudio la psique hace alusión a todos aquellos malestares que desde la teoría freudiana están en conflicto.
- 2) Género: abarca las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino inscritas en de poder y desigualdad.
- 3) Clase social: la cual engloba la distribución diferencial de la propiedad y los bienes, así como las relaciones sociales dominantes.

En tanto que el concepto de sexualidad comprende dos categorías de análisis:

1) Violencia sexual: tipo de violencia que consiste en la imposición de relaciones sexuales, se da “cuando se obliga a la mujer a realizar cualquier acto erótico o al sometimiento de prácticas sexuales dolorosas o degradantes en contra de su voluntad” (Monárrez, 2010: 243). También abarca las burlas, comentarios sarcásticos y denigrantes (Torres, 2001).

2) Maternidad: pensada como una construcción multideterminada, cruzada por discursos y prácticas sociales, condesados en un imaginario complejo y poderoso que al mismo tiempo produce y resulta en género (Palomar, 2007) compuesto por dos elementos centrales que la sostienen; el instinto materno y el amor maternal.

Por último, el concepto resistencia tiene una categoría de análisis:

- 1) Fugas: son acciones tácticas que surgen en momentos imprevistos, de descuidos de la estrategia del poder para colocarse en el lugar del otro. No poseen lugar propio sino

que deben actuar en los escenarios del otro; son prácticas fugaces que aprovechan el tiempo; dependen de la astucia; no anticipan; usan las fallas y fisuras del sistema (De Certeau, 1990).

3.6. Guion metodológico-técnico: fuentes de información, técnicas, instrumentos.

Las fuentes de información, en las cuales se apoyó esta investigación para hacer el nexo entre la teoría y la praxis son: los relatos de las experiencias de las mujeres internas del hospital de la Salud Mental de Tijuana; y, las entrevistas a dos médicos del centro IPEB, las cuales aportaron un punto de partida para analizar la visión institucional. Ambas narrativas fueron logradas a través de las técnicas de la entrevista semiestructurada y la observación. Los instrumentos para la recolección de datos fueron: la guía de entrevista, la guía de observación, diario de campo, grabadora y cámara de fotografía.

La elección de la observación como técnica se dio porque se buscó introducirse dentro del mundo simbólico y social de la institución psiquiátrica. La observación consiste en insertarse en un grupo o una cultura específica, para observar las interacciones y comportamientos de los sujetos en su entorno natural. La observación se realizó de manera que existió un contacto con los sujetos participantes. Al observar no solo se obtuvieron datos, sino que además se produjeron; en ese sentido la observación también fue una herramienta de análisis, a la par de ser una metodología de producción y elaboración de datos; donde como investigadora desempeñé un papel central en la actividad de registrar por cualquier vía, material relacionado con el referente empírico de la investigación (Guber, 2001).

Existen cuatro formas de inmersión que el investigador puede establecer: participante observador, observador participante, participante pleno y observador puro. En este estudio se decidió la observación participante, definida por su carácter de observador externo, tomando parte de algunas actividades (Guber, 2001). Pude comprobar que, la observación participante no es neutra, y que nunca es igual, se registra lo observado con nuestra propia subjetividad, con lo que cada una de nosotras trae consigo. Al estar inscrita en la investigación feminista significa que la investigadora "no mira la realidad de la misma manera que una persona insensible a la problemática de la relación entre los géneros" (Bartra, 2010: 70). Y en ese

sentido, fue de utilidad para la investigación la cual se encuentra inscrita dentro de una perspectiva de género.

La observación se divide en dos etapas, la primera se desarrolló sin una guía previa, se realizó durante la terapia ocupacional en el taller de pintura y joyería, por quince días, en este tiempo se observaron los procesos de interacción de las internas con sus pares, y con las dos psicólogas encargadas de proporcionar el taller. También, se pudo dar cuenta de los discursos que las psicólogas elaboran para enseñar a las mujeres que asistieron al taller. Por último, me permitió conocer el tipo de resistencias que se fabrican por medio de la expresión artística. En el segundo momento de observación, se tenía pensado elaborar una guía que permitiría conocer lo que sucede en el interior del hospital (comedor, patios, dormitorios, etc.). Sin embargo, al no poder acceder al interior, la guía se tuvo que modificar de tal forma que cubriera la trama simbólica que ocurría a las afueras del área de internamiento. La guía me permitió ver la interacción entre las mujeres usuarias del servicio de atención mental y las figuras que se encuentran en posiciones de diversos niveles jerárquicos, como las recepcionistas, los médicos, psiquiatras. A continuación, se presenta la guía de observación utilizada.

3.6.1. Guía de observación

<i>Contexto</i>	Descripción del lugar, cómo está organizado el espacio.
<i>Sujetos.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Cuáles son las características de las personas que se encuentran en el lugar, de manera general en relación al género, la edad, la clase social, etc. Cuál es el cargo o rol que desempeñan en el contexto institucional.
<i>Descripción del lugar, cómo está organizado el espacio</i>	<ul style="list-style-type: none">• Cómo se conducen las mujeres, en relación a sus prácticas y cómo las significan.
<i>Procesos de interacción</i>	<ul style="list-style-type: none">• Cuáles son las formas de relación que se establecen entre las mujeres y las personas de autoridades (repcionista, gente de limpieza, médicos, enfermeros) qué sentido adquiere para los sujetos la relación con los otros en contextos específicos.• Cómo es la relación que se establece entre los participantes en relación a sus diferencias o similitudes de género, generacionales.
<i>Sucesos</i>	<ul style="list-style-type: none">• Cuáles son los eventos que tienen lugar durante el día y cómo están organizados temporalmente (¿cuál es la secuencia de sucesos?)• Cuáles son las características particulares de cada suceso, en qué consiste cada uno de ellos.

Fuente: elaboración propia.

Durante el proceso de observación etnográfica, fue importante enfocar la atención a las mujeres internas, sus contextos y diversos escenarios, así como, a los procesos de sociabilización y a los sucesos que surgen durante su estancia en las afueras del hospital.

Por lo que refiere a la elección de entrevista semiestructurada de corte cualitativo, se seleccionó porque se buscó tener acceso a la realidad social y analizarla (Vela Peón, 2001). Lo que me permitió tener acceso a la realidad en el interior del hospital psiquiátrico, pues, en contraste con las entrevistas cuantitativas, no se buscó indicadores objetivos ni generalizar los resultados a una población. El uso de esta técnica permitió tener una lectura social por medio de la reconstrucción del lenguaje en el cual las entrevistadas expresaron pensamientos, deseos, etc. Este tipo de entrevista como lo plantea Vela “pone énfasis en el conocimiento de las experiencias, los sentimientos y los significados que los fenómenos sociales tienen para los entrevistados” (2008:90). La escucha fue de vital importancia pues permitió que las mujeres entrevistadas estructuraran y reestructuraran su diálogo.

Uno de los alcances de esta técnica es que en ella concurren las vivencias, experiencias, sentimientos, subjetividades e interpretaciones que cada persona hace de su vida y de la vida social, en tanto que, las limitaciones se presentaron debido a que, al tener un carácter único, no siempre puede afirmarse con plena seguridad el descubrimiento de los aspectos claves que conduzcan a un conocimiento generalizable (Vela Peón, 2001). Esta técnica presenta aspectos que no se hacen visibles a través de las entrevistas, por ello fue recomendable combinarla con otro método: la observación.

Para realizar las entrevistas semi-estructuradas se elaboró una guía de entrevista, con ejes temáticos que fueron de utilidad para recolectar datos, sin embargo, dejé puntos abiertos para retomar los que no se tenían contemplados. También, cabe señalar que la guía se fue modificando dependiendo del tipo de información recabada.

Para la elaboración de las preguntas, se realizó una operacionalización de conceptos, de esta forma se hizo una estructuración abstracta, que llevó a dar cuenta de la realidad vivida por las mujeres entrevistadas. Dicha estructuración fue selectiva, es decir no tomó en cuenta todos los aspectos de la realidad, sino únicamente lo esencial para responder a la pregunta e hipótesis planteadas. Para ello se tomaron los conceptos principales: disciplina, subjetividad, performantividad, sexualidad, resistencia; a continuación, se descompuso cada concepto en dimensiones, buscando aspectos que dieran cuenta de la realidad analizada, posteriormente se definieron las categorías de análisis. Así mismo, se precisaron los indicadores que permitieron localizar las dimensiones de cada concepto. El cuadro 2 muestra la matriz conceptual, dentro

de este, están presentes los conceptos, categorías de análisis, indicadores, y las técnicas empleadas.

CONCEPTO	Categorías	Indicadores		Técnicas de investigación
Disciplina:	Dispositivos disciplinarios	-Nociones de enfermedad mental <ul style="list-style-type: none"> • Qué es la enfermedad mental • Folletos sobre qué hacer si tienes una crisis • Folletos para familiares con algún miembro con enfermedad mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Información acerca del uso de medicamento -Espacios de castigo -Cómo está distribuido el espacio en el interior del nosocomio (dormitorios, comedores, talleres, consultorios)	Entrevistas Observación
	Agentes reguladores:	Consultas -Diagnósticos -Castigos -Tratos recibidos por estos	-Control del tiempo de visitas -Control del tiempo en el internamiento. -Control del espacio en el que se encuentren las internas	
Subjetividad:	Género:	--Significados de ser mujer - ¿Qué es para ella ser una buena mujer -¿Qué es una mala mujer?	- ¿Qué te gusta de ser mujer? -¿Qué te hace diferente a un hombre?	Entrevistas
	Clase social:	Pertencen a estratos sociales bajos	A qué se dedica	
	Indigencia:	-Pobreza -Marginalidad	-Exclusión	
Performantividad:	Discursos	-Aceptar y replicar el discurso de la institución -Reiteración constante de las normas y los discursos institucionales	-Capacidad de agenciamiento en los discursos institucionales -Hablar sobre su bienestar emocional	Entrevista y observación
	Prácticas	-Ritualización de las actividades -Ejercer un rol masculino con otras internas -Usar el cuerpo para dañarse o violentar a otros	-Hacerse cargo su cuerpo -Ayudar y proteger a sus compañeras	
Sexualidad:	Maternidad	-Tiene hijos -Ha estado embarazada - Quiere tener hijos -No quiere tener hijos	-Significado del sentido de ser madre -Culpa por ser madre -Abandono por los hijos	Entrevista y observación
	Violencia sexual:	-Relaciones sexuales forzadas por parte de los agentes punitivos	-violencia sexual por parte de algún miembro de su familia	
Resistencia	Fugas	-Actos performantivos -Apropiación del espacio -No solo son olvidadas, sino que tienen capacidad de resignificar el olvido -Darle otro sentido a la maternidad	-Libre uso del cuerpo y lenguaje -Burlas hacia los médicos -Libre ejercicio de la sexualidad	Observación

Fuente: elaboración propia.

Como no se pudo acceder al interior del hospital, y las entrevistas obtenidas fueron realizadas cuando las mujeres estaban fuera de hospital, se buscó que las temáticas de la guía estuvieran relacionadas con el periodo de internamiento de las mujeres, con ello, se buscó responder a la pregunta central del estudio. En ese sentido, las preguntas se relacionan con los conceptos y categorías de análisis y corresponden a cada indicador planteado, dando como resultado la siguiente guía de investigación:

3.6.2. Guía de entrevista semi-estructurada

I.- DATOS GENERALES

Fecha de la entrevista (dd//mm/aaaa): _____

Hora de inicio de la entrevista _____ Hora de término de la entrevista _____

1. Edad: _____

2. Lugar de nacimiento: _____

3. Estado civil: _____

II. HISTORIA DE VIDA

Preguntas guía.

- Composición familiar

1.- ¿Viven sus padres?

2.- ¿Tiene hermanas o hermanos? ¿Cuántas?

- Infancia

1.- Cuénteme. ¿Cómo vivió usted cuando era niña?

2.- ¿Cómo la trataron su papá y su mamá cuándo era pequeña?

3.- ¿Tenía amigas o amigos en la infancia?

- Adolescencia

1.- ¿Cuáles son los recuerdos que tiene de los 15 años en adelante?

2.- ¿Cuál era la relación con sus familiares (padre, madre, hermanas) cuando era joven?

3.- ¿Tenía amigas o amigos?

4.- ¿Tenía novia o novio?

- Vida adulta

1.- ¿A qué se dedicaba cuando se encontraba fuera de este lugar?

2.- ¿Con quién vivía usted antes de estar en este hospital?

3.- En su vida adulta ¿Cómo fue la relación con sus familiares?

4.- Cuando estaba fuera ¿Tenía pareja, novio, o esposo?

- Enfermedad y diagnóstico

1.- Cuénteme acerca de tus primeros síntomas ¿Qué sentía?

2.- ¿Cuánto tiempo tiene usted en este hospital?

1. Agentes punitivos/compasivos

- Familia

1.- ¿Cómo llegó a este lugar?

2.- ¿Sus familiares o doctores le explicaron lo que tenía?

3- Sus familiares, amigos, amigas, alguna otra persona o institución le apoyaron en su proceso de internamiento

5.- ¿Sus familiares le visitaban?

6.- ¿Con qué frecuencia?

7.- ¿Quiénes iban?

8.- ¿Qué hacía con ellos mientras están de visita?

9.- ¿Qué le gustaba de sus visitas?

10.- ¿Qué es lo que no le gustaba de sus visitas?

- Internamiento

Doctores (médicos, enfermeras)

1.- ¿Los médicos le explicaron por qué está usted en este hospital?

2.- ¿Cuándo va a consulta cómo le tratan?

3.- ¿Cuándo se siente mal física o emocionalmente recibe ayuda por parte de los doctores?

4- ¿Cómo le trataban los médicos?

5.- ¿Cómo le trataban las enfermeras?

6.- ¿Cómo le trataban los enfermeros?

- Medicamento

1.- ¿Qué clase de tratamientos recibe para su enfermedad?

2.- ¿Sabe para qué sirven cada una de las pastillas que toma?

3.- ¿Se siente bien o mal al tomar sus pastillas?

4.- ¿Se siente bien o mal si no se toma las pastillas?

2. Dispositivos de disciplina/esparcimiento

- Espacios y castigos

1.- ¿Cuáles son los lugares que más le gustaban en este hospital?

- ¿Por qué?

2.- ¿Cuáles son los lugares que menos le gustaban de este hospital?

- ¿Por qué?

3.- ¿Qué es lo que más le gustaba hacer en este hospital?

- ¿Por qué?

3.- ¿Qué es lo que no le gustaba hacer en este hospital?

- ¿Por qué?

4.- ¿Qué actividades le han dicho que no puedes hacer?

5.- ¿Qué pasa si hace algo que no debes de hacer?

6.- ¿Ha tenido algún problema en su estancia en el psiquiátrico?

- **Vida cotidiana**

1.- Cuénteme ¿cómo es su día dentro del hospital?

2.- ¿Qué hace desde que se levanta hasta que se duerme?

3.- ¿Cuál es la actividad que más le gustaba hacer dentro del hospital?

4.- Cuénteme de algunas experiencias agradables que haya vivido aquí en el internamiento

- ¿Cómo fueron?

5.- ¿Qué es lo que se le ha hecho más difícil de estar internada?

- ¿Por qué?

6.- Platíqueme de algunas experiencias desagradables que haya vivido durante el internamiento

- ¿Cómo fueron?

7.- ¿Cómo tenía que comportarse una mujer en el hospital para no recibir algún regaño o castigo?

8.- ¿Cómo debía comportarse una mujer dentro del hospital para no tener problemas con los médicos, enfermeras y compañeras?

9.- ¿Le ha tocado ver casos en los que corrigen a las mujeres por no comportarse como deben hacerlo?

10.- ¿Cómo se siente estando en el hospital?

11.- ¿Existen cosas que no le gustan de este lugar? ¿Cuáles son?

12.- ¿Qué cosa cambiaría de este lugar?

13.- ¿Qué cosas cree que se pueden hacer para mejorarlo?

14.- ¿Qué beneficio cree que puede brindar a otras personas la existencia de lugares como este?

3. Sexualidad

1.- ¿Cómo es su relación con tus compañeras?

2.- ¿Qué opinión tiene acerca de que a una mujer se la toque en los senos, nalgas, vagina, piernas sin que ella quiera?

4.- ¿Ha sabido de casos donde las mujeres hayan sido obligadas a tener relaciones sexuales?

- ¿Quiénes están involucrados?

5.- ¿Ha tenido encuentros amorosos dentro del internamiento?

1. ¿Con quién?

2. ¿En qué lugares?

6.- ¿Qué opinión tiene acerca de los encuentros amorosos que ocurren dentro del hospital?

4.- Maternidad

1.- ¿Qué significa para usted ser madre?

2.- ¿Ha estado embarazada?

3.- ¿Le gustaría tener hijos algún día? ¿Por qué?

4.- ¿Tiene hijos?

1. ¿Cuántos?

2. ¿Qué edades tienen?

3. ¿Te visitan? Sí/No

(1) ¿Por qué?

5.- ¿Cómo es su relación con ellos?

6.- ¿Qué le gusta de ser mamá?

7.- ¿Quiénes se han involucrado en la crianza de sus hijos? Cuando estuvo en el hospital

8.- ¿Qué le dicen sus hijos cuando vienen a visitarte?

9.- ¿Qué es para usted ser mamá?

10.- ¿Qué le gusta de ser mamá?

11.- ¿Cómo cree que es una buena madre?

12.- ¿Cómo cree que es una mala madre?

4. Género, raza, clase social, etnia

1.- ¿Qué es para usted que es ser mujer?

2.- ¿Qué le gusta de ser mujer?

3.- ¿Cómo cree que es una buena mujer?

4.- ¿Cómo cree que es una mala mujer?

5.- ¿Qué considera que hace diferentes a las mujeres de los hombres?

6.- ¿Qué cosas cree que las puede hacer solo porque es mujer?

7.- ¿Qué cosas no puede hacer por qué es mujer?

8.- ¿Cree que en el hospital hay un trato diferente a las mujeres y a los hombres que están internados?

¿Y cuál es ese trato?

9.- ¿Pertenece a un grupo indígena?

10.- ¿Habla alguna lengua indígena?

11.- ¿Se ha sentido no tomada en cuenta por pertenecer a un grupo indígena?

Seguro Popular

- 1.- ¿Cómo se enteró de que ya no podía seguir interna?
- 2.- ¿Con quién vive actualmente?
- 3.- ¿Quién se hace responsable por su medicamento?
- 4.- ¿Cómo le afectó que le hayan quitado el Seguro Popular?

5. Indigencia

¿Usted ha pasado por situación de calle (indigente)?

- 1) ¿Cuándo?
- 2) ¿Por qué?
- 3) ¿Cuánto tiempo paso en la calle?
- 4) ¿Cómo fue su vida en este periodo?

Para el registro de los datos obtenidos en la observación y entrevistas se implementó el uso de un diario de campo. Se buscó poner en evidencia aquellos hechos ocurridos durante el trabajo de campo que fueron susceptibles de ser interpretados. El diario de campo fue una herramienta que me permitió sistematizar las experiencias de las entrevistadas para luego analizar los resultados. Su uso en este estudio me permitió enriquecer la relación teórica-práctica. Para la implementación de entrevista se manejó además de esta guía de entrevista, una guía de observación, previo consentimiento informado por parte de todas las participantes¹⁶.

3.7. Consideraciones éticas

En este apartado me parece importante hacer mención que las mujeres que se entrevistaron son sujetos antes que objetos de estudio o de intervención, por ello es relevante respetar su autonomía individual, ya que, la intimidad constituye un bien fundamental para el bienestar de la dignidad humana. Se estipularon distintas consideraciones y procedimientos éticos para el desarrollo de este estudio.

¹⁶ Ver anexos.

Se informó a todas/os las/os participantes entrevistadas/os, los propósitos de la investigación, así como las condiciones en las que se realiza. Se pretendió informar sobre los resultados esperados y los beneficios que esta investigación aportaría en términos de conocimiento producido, sin embargo, esto no puede ser posible, debido a que no hay forma de localizar a las mujeres entrevistadas. Todas las entrevistadas llenaron una carta de consentimiento, además, se aseguró el anonimato de las entrevistadas, reemplazando el nombre de estas desde el momento de transcribir las entrevistas. Por último, el material obtenido se utilizó con motivos solamente académicos y su manejo estuvo a cargo de la investigadora y asesoras exclusivamente.

Me parece pertinente señalar altibajos que surgieron durante el desarrollo de las entrevistas. Dos de mis entrevistadas pasaban por ataques de pánico y ansiedad, por lo que, no se debió trabajar con ellas, cuestión que pase por alto. Considero relevante, para mis futuras investigaciones buscar información sobre cómo trabajar con personas con malestares mentales. Actualizarme constantemente leyendo los manuales de cuestiones éticas para el trabajo con personas en internamiento psiquiátrico.

3.8. Trabajo de campo

Mi trabajo de campo se pensaba realizar en dos partes, en un primer momento, la observación, en un segundo momento, doce entrevistas semi-estructuradas. Pude realizar observación durante dos semanas del mes de diciembre del 2015 pero solo en algunos talleres ocupacionales (pintura, joyería) donde se me permitió tomar fotos de las pinturas realizadas por las mujeres. Sin embargo, se presentaron vicisitudes que modificaron mi plan de trabajo, a mediados del mes de febrero del 2016 el Seguro Popular canceló la subrogación del servicio a sus afiliados en el hospital, ya que se había vencido el convenio que tenían con estos, y no había fecha de renovación, se me comentó que no era posible permitirme la entrada para realizar las entrevistas en el interior del hospital, pues se pensaba sacar a algunos internos (hombres y mujeres) y solo dejar a los más afectados (física y psicológicamente), por lo que no me permitían trabajar con este grupo.

Por ello, sugerí a la coordinadora de mi posgrado la Dra. Margarita Valencia y a mi tutora la Dra. Julia Monárrez cambiar el lugar del trabajo de campo, mi primera opción fue el

Hospital San Ignacio de Loyola ubicado en Rosarito, mi segunda fue el CAIS Cascada ubicado en la Ciudad de México, pero todo era muy apresurado, no había tiempo suficiente para solicitar la admisión en otro hospital. Así que opté por saber acerca de las mujeres que habían sido desalojadas del hospital, pues sus relatos me brindarían información importante acerca de la situación actual que viven las mujeres con algún padecimiento psiquiátrico en Tijuana y otros municipios de Baja California.

En el mes de marzo fui al hospital, donde a las afueras de este se reunían personas afectadas, para preguntar y protestar por lo ocurrido con el Seguro Popular. Me enteré que algunas mujeres habían sido transferidas al hospital de Mexicali, Baja California. Seis mujeres que se encontraban pidiendo informes y que estuvieron internas, amablemente accedieron a ser entrevistas en el comedor del hospital. Una de ellas al principio se mostró incómoda pues pensó que yo era reportera, más tarde le expliqué que la entrevista era para un proyecto de investigación de la escuela, lo cual, la tranquilizó, me comentó que su historia era tan terrible que no quería que sus hijos se enteraran de ella. También, pude realizar observación en la recepción de la institución. Pude notar como trataban a las mujeres que preguntaban sobre el Seguro Popular; la mayoría comentaba que nadie les avisó de la situación y que no tenían dinero para sus consultas (\$500 por consulta) o medicamentos. Las recepcionistas y psicólogos que se encontraban en este lugar contestaban que por el momento así estaban las cosas y que si querían acceder a consulta debían pagar, ya que sin pago no darían consultas.

Al hablar con un familiar de una de las entrevistadas, me comentó que a otras pacientes las atendían en el Centro Nueva Vida IPEBC ubicado en la zona centro de Tijuana, me dirigí a este lugar y pude localizar con mucho esfuerzo a cuatro mujeres que fueron “dadas de alta” del HSLM, puesto que la mayoría de las mujeres que estuvieron en el hospital no contaban con el apoyo de algún familiar y, por lo tanto, se encuentran dispersas y es muy difícil localizarlas. Las cuatro mujeres en este lugar accedieron a darme una entrevista, pues para ellas es importante hablar de lo que están viviendo esperando que su situación se aclare. Las entrevistas tuvieron una duración variada de un rango de 40 minutos a una hora y media dependiendo del tiempo de las entrevistadas. Las entrevistadas dieron su consentimiento del uso de la grabadora, aunque en tres casos se solicitó durante la entrevista que la grabadora fuera apagada dado que lo que tenían que decir era algo íntimo y no se sentían cómodas siendo grabadas, por lo que se respetó su decisión.

Durante el proceso de investigación, El Colegio de la Frontera Norte (el Colef) y CONACYT, me posibilitaron recursos para realizar una estancia académica en la Universidad de California en San Diego (USCD). En los meses de febrero y mediados de marzo se realizó la estancia a lado de la Dra. Cristina Rivera Garza, se decidió trabajar con ella dado que es experta en la historia de la locura en México. En este periodo se me proporcionaron la siguiente literatura: “The Corn Wolf” de Michael Taussig, “After life of destruction” de Gustavo Gordillo, “Necropolítica” de Achille Mbembe, “La Castañeda” y “Nadie me vera llorar” de Cristina Rivera Garza. Además, se me brindó literatura especializada en la construcción del cuerpo femenino. Como resultado, se pudo pensar otras dimensiones en el análisis del tema investigado. También, en la estancia se construyeron historias de vida de las mujeres entrevistadas, las cuales se encuentran en el capítulo dos de este estudio. Esto me permitió dar inicio al análisis del tema.

3.9. Justificación de instrumentos metodológicos

Debido a la naturaleza específica del problema de investigación se optó por usar estos métodos. La entrevista semi-estructurada se seleccionó porque me interesaba conocer aspectos particulares de las entrevistadas, así como comprender el lenguaje de las participantes apropiándome del significado que estas le otorgan en el ambiente natural donde se desarrollaron sus actividades, también, se eligió porque a pesar de contar con una guía de entrevista, ésta se pudo modificar adaptándose a las sujetos, brindándome oportunidades de recibir matices de las respuestas y así permitirme entrelazar sus historias. La observación, a pesar de los problemas que presentó, me facilitó el registro de las prácticas sociales que se desarrollaron en los escenarios observados; entre estas destacan las relaciones sociales, los juegos del poder, la toma de decisiones.

El diario de campo fue de utilidad para llevar el registro y organizar la información recolectada. Mi diario cuenta con 66 hojas de notas que dan cuenta de mis experiencias vividas durante el trabajo de campo. Dentro de los relatos se encuentran mis primeros acercamientos y tratos con psicólogos y psiquiatras de la institución, así como la descripción del hospital. También se encuentra la observación en los talleres de terapias ocupacionales, al igual que las dificultades que viví en la institución al no permitirme continuar con las

entrevistas. Contiene momentos en los que sentí empatía con las entrevistadas, así como dolor y tristeza por sus historias.

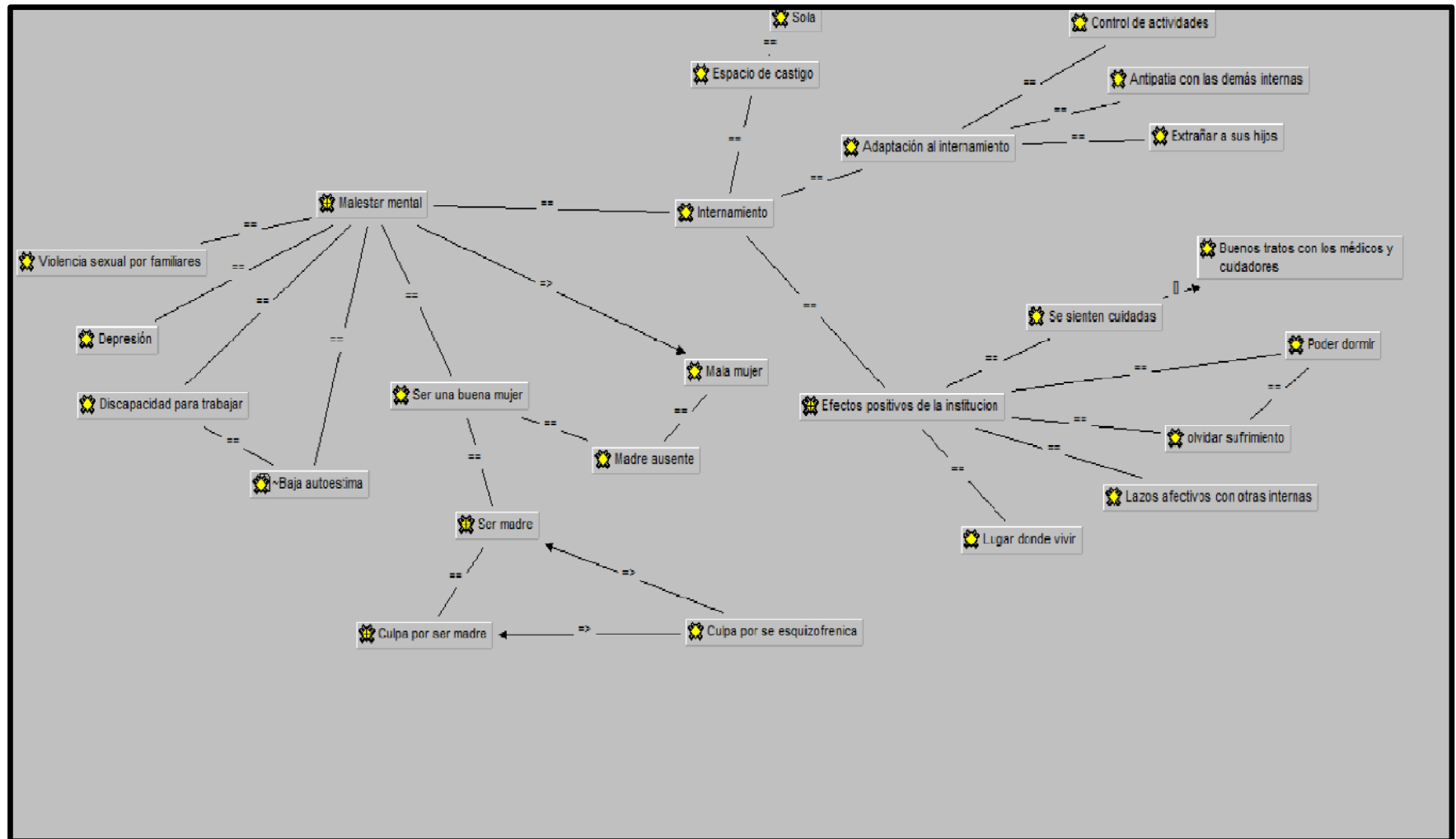
El uso de la entrevista semi-estructurada y la observación con sus respectivos instrumentos me ayudaron a obtener resultados más complejos que no hubiera conseguido con la implementación de una sola técnica, en conjunto fueron útiles para realizar una investigación más detallada y profunda.

3.9.1. Estrategia de análisis

Se tomó la teoría feminista para el análisis de los datos por medio de una perspectiva de género, y desde un conocimiento situado como paradigma de interpretación. Se presenta a continuación un mapa de redes de códigos realizado mediante el software Atlas-ti¹⁷, el cual sirvió para el análisis de la información de los siguientes capítulos. Los códigos se construyeron a partir de temáticas conceptuales previamente establecidas en el marco teórico, posteriormente se codificaron las diez entrevistas colocando etiquetas, lo cual, permitió realizar una clasificación por temas específicos de los relatos obtenidos en las entrevistas. En el siguiente ejemplo se muestran las relaciones, interacciones y conexiones entre los códigos, además se incluye una breve descripción de esta.

¹⁷ Atlas.ti es una herramienta informática cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo de, principalmente, grandes volúmenes de datos textuales

Gráfico 3.1 Redes de códigos



Fuente: Elaboración propia con las entrevistas realizadas a 10 mujeres que estuvieron internas, mediante el uso del software Atlas.ti.

En la gráfica 3.1 podemos observar que dos de los códigos principales son “internamiento” y “malestar mental”, por una parte, el código malestar mental se relaciona con la violencia sexual que tres de las entrevistadas narraron haber sufrido por sus familiares, a su vez este código se relaciona con el sentimiento de depresión que ha aquejado a la mayoría de las entrevistadas, lo que las hace sentir discapacitadas para trabajar y en consecuencia con baja autoestima. Por otro lado, el código malestar mental se relaciona a su vez con las nociones que las entrevistadas tenían sobre la maternidad, y las concepciones de ser “buena” o “mala madre”, así como, la culpa que experimentan por ser madre al tener algún malestar mental, o el haber abandonado a sus hijos.

Por lo que, se refiere al código “internamiento”, podemos notar que, este se relaciona con tres códigos: espacios de castigo; adaptación al internamiento; efectos positivos de la institución. El primero de ellos “espacio de castigo” simultáneamente se relaciona con el sentimiento de estar sola. El segundo “adaptación al internamiento” tiene correspondencia con los procesos que sufrieron las internas al comenzar el internamiento, como el control de las actividades, el extrañar a sus hijos, y la antipatía con las demás internas. Por último, el código “efectos positivos de la institución”, se enlaza con otros códigos, como el código de la percepción de las entrevistadas al ver a la institución como un lugar donde vivir y un techo en el que dormir, pueden hacer lazos afectivos con otras internas, olvidar sus sufrimientos, y dentro del internamiento se pueden sentir cuidadas.

En resumen, por medio de esta ruta metodológica se obtuvo la información, que posteriormente me permitió analizar los datos recolectados en las entrevistas semi-estructuradas con diez mujeres que fueron internas en el HSMT, completando el análisis con las anotaciones del diario de campo surgidas durante los talleres de terapia ocupacional y durante las entrevistas realizadas a las afueras del hospital y el centro Nueva vida IPBC. Las elecciones de las técnicas con sus respectivos instrumentos resultaron útiles para cumplir con los objetivos de investigación planteados tanto el general como los específicos. La ruta de análisis se centró en los testimonios de las mujeres, contrastando sus percepciones con los conceptos de subjetividad, disciplina, sexualidad, performantividad y resistencia, expuestos en el marco teórico, que se fueron performando una vez en el internamiento.

CAPÍTULO IV. DETRÁS DE LOS MUROS: EL DISCIPLINAMIENTO DE LOS CUERPOS Y LA CONFIGURACIÓN DE LA SUBJETIVIDAD FEMENINA.

«Estoy loco», o bien: «Todo esto no es más que locura». Se funda en la hipótesis de que la locura, en tanto que realidad, desaparece desde el instante en que el paciente reconoce la verdad y declara que está loco.

-Michel Foucault,
Estética, ética y hermenéutica.

¿Cómo presentar los hallazgos del trabajo de campo?

En el marco teórico se marcaron dos posturas: la primera es ver al Hospital de Salud Mental como una institución de disciplinamiento y control, desde los planteamientos teóricos de Michel Foucault, la segunda fue pensando al hospital como un lugar donde los sujetos pueden ser cuidados y tratados, tomando como punto de partida la teoría de la anti-psiquiatría propuesta por Félix Guattari. Desde mi conocimiento situado, el primer análisis fue realizado poniendo más peso a la postura foucaultiana, considerando que la configuración de subjetividades en el interior solamente dependía del control y la disciplina, además, mi análisis condenaba a los hospitales psiquiátricos, posicionándolos como lugares donde las internas sufren toda clase de castigos, y malos tratos. Reproduciendo con ello el imaginario que tiene la sociedad de estos lugares, imaginario que se ha construido por reportajes como el realizado por Ana Cecilia Terraza en el año 1994 para la revista Proceso, el cual, nos muestra que las instituciones psiquiátricas en México son instalaciones infames; donde hay personal poco capacitado; los sujetos se encuentran en aislamiento: existe discriminación; malos tratos; tortura e incluso violaciones sexuales (Terraza, 1994). Si bien esta puede ser una de las realidades existentes en las instituciones psiquiátricas ¿Qué hay más allá de estos hechos?

En consecuencia, tuve que relaborar el análisis, dándole peso a la voz de las mujeres entrevistadas, a sus experiencias en la institución psiquiátrica, a su mirada y concepción de los diagnósticos, los tratamientos, los tratos, etc. Finalmente, fueron sus testimonios los que me dieron una línea para posicionarlas no como víctimas de la institución psiquiátrica, o como

almas dóciles como lo propuso Foucault, sino, como sujetos políticos, que han resistido y siguen resistiendo una vida con algún malestar mental.

El objetivo primordial del siguiente capítulo es mostrar de qué forma el Hospital de la Salud Mental ejerció el control y disciplina, en la subjetividad de las entrevistadas atravesados por marcadores como el género, la clase social y la sexualidad. El análisis implementado busca desmenuzar la teoría en términos que tiendan a lo particular, para lograrlo, se retoma el siguiente concepto: disciplina, desde las concepciones teóricas de Michel Foucault, siendo este el tema eje que enlaza la teoría, las categorías de análisis (dispositivos disciplinarios y agentes reguladores), los relatos de las mujeres entrevistadas y mi propia experiencia en el campo. Así mismo, el análisis incluye el estado del arte, retomando los planteamientos de Jane Ussher, Mabel Burin, Vale Nieves, Florencia Linardeli, entre otras, dándole un enfoque feminista y una perspectiva de género con el propósito de hacer un análisis sin sesgos androcentristas, y poner de manifiesto las prácticas médicas hegemónicas que repercuten en el trato, castigos y formas de disciplinar a las mujeres entrevistadas.

El capítulo comienza mostrando las formas de disciplina, haciendo una separación entre el control del tiempo y el espacio, a continuación de ello, se muestra la división del espacio nosocomial en interior y exterior. Para lo cual, se toma como punto de partida los planteamientos teóricos de Foucault. Después se explican las formas de castigo, por otro lado, se presenta el cuarto aislado como un espacio de castigo. Así mismo, se explican los espacios de placer y sus respectivas recompensas, tomando por una parte las propuestas de Foucault y por otra lo expuesto por Judith Butler. Además, ponen de manifiesto las formas de actuar de los agentes reguladores, propuestos en este capítulo como cuidadores y curadores. Se finaliza con una discusión sobre la cancelación del Seguro Popular, para lo cual se toman las aportaciones del feminismo decolonial y la propuesta de interseccionalidad, con los marcadores de género, sexualidad y clase social.

Es conveniente mencionar que, las reflexiones presentadas parten de los relatos desarrollados por las mujeres que colaboraron con esta investigación, por lo tanto, los capítulos expuestos no tienen la intención de generalizar las condiciones de vida de las mujeres en internamiento, sino mostrar las experiencias de 10 mujeres que pasaron por periodos de encierro en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana.

4.1. La disciplina: el control del tiempo y el espacio

El espacio institucional puede ser visto como una sociedad disciplinaria (a nivel micro), la cual de acuerdo a M. Foucault, se estructura por una serie de técnicas que distribuyen el espacio de las internas, controlan sus actividades a detalle, y de manera esencial, vigilan y corrigen a los individuos; en su interior existen métodos disciplinarios que se ejercen sobre el cuerpo y el alma de las internas y lo obligan a realizar ejercicios repetitivos, que para su desarrollo, se valen de ciertos espacios (Foucault, 1998). La disciplina del hospital comprende desde los espacios y las manifestaciones materiales, hasta normas interiorizadas que regulan el comportamiento de las internas. En ese contexto, se distinguen dos formas en las que la disciplina es ejercida en el interior del HSTM: el control del tiempo, y el control del espacio.

Los relatos muestran que la disciplina se ejerce mediante un conjunto de actividades rutinarias conocidas por siete de las 10 entrevistadas como “el programa de actividades”, las otras tres entrevistadas no lo mencionan en su discurso, por lo que se desconoce si saben del programa. Dicho programa de actividades se desarrolla en distintos contextos temporales y espaciales. La articulación entre la temporalidad y los espacios de internamiento permite vislumbrar dos aspectos del disciplinamiento institucional. El primero, nos sirve para conocer la organización y estructura por medio de la cual se posibilita el orden y manejo de las internas, en específico la estructura disciplinaria de la institución. El segundo, nos muestra el control del tiempo y los espacios, en correspondencia con los tratos proporcionados por los agentes reguladores.

A continuación, se muestra en la tabla 4.1 el horario de actividades principales y el espacio donde se desarrollaban, elaborada a partir de los relatos de las 10 mujeres entrevistadas.

Tabla 4.1 Cronograma de actividades

Hora	Actividad	Espacio
7 a 8 am	Toma de signos Toma de medicamentos	Dormitorio (mujeres)
8 a 9 am	Desayuno	Comedor (espacio mixto)
9 a 9:15 am	Regreso a dormitorio para lavarse las manos y los dientes	Dormitorio (mujeres)
9:15 a 9:30	Toma de medicamento	Dormitorio (mujeres)
9:30 a 1 pm	Tiempo para mirar la televisión	Sala de rehabilitación física (espacio mixto)
	Tiempo en el patio principal	Patio central (espacio mixto)
1 a 2 pm	Comida	Comedor (espacio mixto)
2 a 7 pm	Terapias ocupacionales	Sala de rehabilitación física (espacio mixto)
	Tiempo en el patio principal	Patio central (espacio mixto)
7 a 7:15 pm	Regreso a dormitorio para lavarse las manos	Dormitorio (mujeres)
7:15 a 8:15pm	Cena	Comedor (espacio mixto)
8:15 a 9 pm	Duchas	Ubicadas dentro del dormitorio de mujeres
9 a 10 pm	Toma de medicamento	Dormitorio (mujeres)
10 pm	Tiempo de dormir	Dormitorio (mujeres)

Fuente: elaboración propia

Conforme a la tabla 4.1 podemos resumir que el espacio temporal donde desenvolvían la mayor parte de su acontecer diario era dentro del dormitorio, pasando aproximadamente de nueve a 11 horas en este lugar. Siguiéndole las actividades realizadas en los patios o cuartos

de terapia ocupacional pasando aproximadamente de ocho a nueve horas. En síntesis, una de las formas de disciplina que ejerce el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, se relacionan directamente con dos espacios principales; el dormitorio y los patios centrales, donde las mujeres pasaban la mayor parte de su tiempo. En contraste con lo que pasa en las cárceles, otra institución de corte disciplinario, lugar donde los sujetos son disciplinados a través de actividades que sean útiles para la institución, es decir, son usados como una fuerza de trabajo, en el HSTM pareciera que los internos solo están confinados sin algún fin en específico, sin embargo, los relatos de las mujeres muestran que en estos dos espacios se utilizan y se reapropian para fines benéficos de las internas, los cuales se muestran más adelante.

4.2. La paradoja del encierro: el interior y el exterior

De acuerdo a lo anterior, se ha optado por separar el espacio del hospital en “exterior” e “interior”, con ello se analizan las formas en las que la disciplina opera en estos dos espacios que fueron indispensables para el control y manejo de las mujeres entrevistadas. El primero, hace referencia a la temporalidad-espacial vivida fuera del dormitorio (en el patio central), el segundo, remite a las actividades realizadas y al tiempo transcurrido en los dormitorios.

Cabe recalcar que, durante el trabajo de campo se me permitió conocer un poco el espacio exterior. Pude acceder al área de terapia ocupacional. Para llegar ahí entré por el área de urgencias, lugar donde me pidieron que me registrara. Posteriormente caminé unos pasos y a lado izquierdo me encontré con el área de los talleres ocupacionales. Era un salón pintado de verde pistache, con mesas y estantes llenos de hojas, cartulinas, pinturas, colores, entre otras cosas. En las paredes había dibujos y cuadros, que según me informaron las psicólogas fueron hechos por los pacientes, que asisten semanalmente a los talleres. Solo tuve acceso a esa área del interior del hospital, por lo que para reconstruir el “interior” y “exterior”, recurrí a los relatos de las entrevistadas.

En seguida, se muestra un plano de la composición espacial (Plano 4.1) del Hospital de la Salud Mental de Tijuana, con la distribución del espacio en el interior del Hospital de la Salud Mental elaborado por medio de los relatos de las mujeres entrevistadas.

Plano 4.1 Composición espacial del Hospital de la Salud Mental



Fuente elaboración propia tomando los relatos de las 10 mujeres entrevistadas

En relación al espacio exterior, las actividades realizadas por las entrevistadas consistían en caminar, permanecer sentadas en las bancas o acostadas sobre el pasto; como resultado el transcurso del tiempo en estos espacios fue vivido sin ningún propósito aparente, se presenta, por lo tanto, un espacio de inactividad, que fue interrumpido solo por las horas de ir a comer, cenar o dormir. Aunque este tiempo y espacio parece no tener ninguna finalidad, dado que no se desarrollan actividades que ayuden a la rehabilitación de las mujeres internas como lo propone el hospital, el tiempo transcurrido en estos lugares ayudó a las mujeres entrevistadas a reconstruir lazos con otras personas (internas, internos, enfermeras, enfermeros), lazos que se habían vistos truncados por sus padecimientos mentales. Como lo manifiesta **K**:

Nos dejaban salir al patio central, ahí nos poníamos a caminar un rato, luego nos sentábamos en las bancas o en las banquetitas a platicar o a cantar, a tomar el sol. Platicábamos, reímos, nos conocíamos más, una a una formamos una pequeña familia entre nosotras y con algún joven o señor, pero solo platicábamos con los hombres en el tiempo que estuviéramos en el patio central área mixta, mitad hombres y mitad mujeres (K, entrevista, 2016)

Este fragmento nos indica que estos espacios de inactividad, funcionan como espacios donde las mujeres internas pueden hablar con otras mujeres que se encuentran en situaciones parecidas, es decir, existe como un espacio que permite la identificación, en el cual la sujeto asimila un aspecto u atributo de otro, y se transforma sobre el modelo de este (Laplanche, 1996), en otras palabras, se identifican con sus pares femeninas que también sufren malestares mentales y se encuentran en condición de internamiento.

En el espacio interior, las acciones desarrolladas eran la ingesta de medicamentos y las horas de dormir. Se muestra que el tiempo de confinamiento en el dormitorio fue propuesto por la institución a horas tentativamente tempranas, esto tiene relación con hacer más fácil el trabajo del personal, pues al limitar el acceso a las áreas mixta se evitaban inconvenientes que pudieran surgir en estos lugares una vez que obscurecía, como riñas, fugaz, encuentros sexuales, etc. Parte importante del confinamiento en el dormitorio es el uso de fármacos los cuales posibilitaban el sueño a gran parte de las mujeres entrevistadas, como lo relata **M**:

Unos quince minutos después del medicamento, y a dormir bien a gusto sin despertar toda la noche, duerme uno sin miedo, sin recuerdos están muy tranquilas las noches, ya no hay sombras ni caras (M, entrevista, 2016)

Si bien, varias feministas (Andreani, 1998; Diéguez, 1999; Ortega, 2011; Ussher, 2009; Nieves, 2012) se han manifestado en contra del uso de fármacos, por considerarlos una forma de control social hacia las mujeres que constituye toda una situación paradigmática (Esteban, 2003). Lo que encontramos, con el fragmento relatado por M, es que más allá del control, el medicamento por las noches le ha brindado tranquilidad, y un estado de seguridad.

Aunque, el confinamiento a horas tempranas, así como el uso de fármacos, pueden ser analizados como herramientas que utiliza la institución psiquiátrica para mantener el control de los pacientes, y el orden institucional, y que en teoría siguiendo la línea trazada por Foucault (1997), se podría pensar que la disciplina de tomar el fármaco y permanecer en el dormitorio se ha introyectado en el cuerpo y alma de las mujeres. Aunque, hubo en los relatos pequeñas acciones que se escaparon del orden institucional. Tal es el caso de tres entrevistadas, ellas relataron presentar problemas para dormir, por lo que se resistían a estar en confinamiento en el dormitorio, mezclando etapas de sueño con caminatas por los pasillos o por los baños.

Lo que menos me gustaba era la hora de dormir, siempre he tenido muchos problemas para conciliar el sueño, cuando las luces se apagaban me daba mucho miedo de que mis compañeras me hicieran algo, entonces pues ya me paraba al baño, ya ni sabía qué hacer, y el enfermero nada más me decía que me fuera a mi cama (G, entrevista, 2016)

A mí me costaba mucho en un principio dormir, extrañaba mucho a mis hijos, tenía que dar vueltas por los pasillos para poder conciliar el sueño, y ni así podía dormir (Y, entrevista, 2016)

Por las noches no me gustaba estar yo en el dormitorio, quería yo seguir viendo la tele o en los talleres, de noche como que uno se siente solo, ves a todas durmiendo y tú no más pensando en que te duele la cabeza o que te vas a morir, ni puedes dormir a gusto, ni con el medicamento ni nada (J, entrevista, 2016)

En el primer caso, el fragmento de **G**, muestra que, a diferencia de **M**, el medicamento no fue una alternativa para aliviar sus malestares y miedos, los cuales surgían por las noches, al estar sola, hecho que le ocasionaba levantarse de la cama para interactuar con los cuidadores. Si tomamos lo planteado por la OMS (2016), el miedo paranoico de que le hagan daño sus compañeras internas, se relacionaría con su estado de esquizofrenia paranoide que padece. Sin embargo, por su historia de vida, considero que es un miedo a estar sola, pues toda su vida ha tenido una dependencia hacia su familia, en específico hacia su madre, una figura central en su vida.

En el segundo caso, vemos que a pesar del medicamento proporcionado a **Y**, para controlar sus delirios, y poder dormir, el hecho de estar lejos de sus cuatro hijos, le ocasionaba otro tipo de malestares que le impedían conciliar el sueño. Ya que en ella el imaginario de la maternidad (Suárez, 2007) se relaciona con el estar con y para sus hijos, cosa que en el internamiento le fue imposible. Por último, el tercer fragmento, refleja que existe un deseo de no estar sola, que le impide dormir, y una necesidad de realizar otro tipo de actividades para sublimar los malestares que se puedan presentar, por las noches.

En resumen, el dormitorio¹⁸, se presenta como el espacio de confinamiento más intenso, donde el uso de medicamentos es un recurso que la institución tiene para mantener el orden por las noches. De donde resulta que, en algunos casos este disciplinamiento fue benéfico para algunas mujeres, ya que les brindó sensaciones de bienestar y tranquilidad, pero que en otros casos el medicamento no fue suficiente para controlar el malestar emocional y psicológico de algunas mujeres, ya que, estos dependían de otros factores subjetivos que escapan de los efectos del medicamento. Lo que derivó en no poder dormir, y en consecuencia levantarse y caminar por los pasillos, rompiendo el orden que intenta establecer el nosocomio.

4.3. El castigo al llanto o cómo reprimir a las mujeres

Una de las categorías de análisis para el concepto disciplina son los dispositivos disciplinarios, para dar cuenta de cuáles son sus formas de operar en el HSMT, dos indicadores relevantes son, los castigos y recompensas. Tenemos por tanto que los castigos, en específico los castigos disciplinarios fueron establecidos para respetar un orden artificial (reglas); pero también un

¹⁸ Según los relatos en cada dormitorio se encuentran de nueve a diez mujeres.

orden natural (aptitudes alcanzadas, aprendizaje, etc.). En ese contexto, el castigo disciplinario tiene la función de reducir las desviaciones por lo que, debe ser correctivo, no tiende a la expiación, sino a la normalización (Foucault, 1998).

Se presenta que, al preguntarle a las entrevistadas, acerca de que pasaba sino hacían algo de las actividades planeadas, la mayoría contestó que no recibieron ningún tipo de reprimenda. Para ejemplo, los siguientes dos relatos que muestran que hubo momentos que por el estado físico o emocional en el que por momentos se encontraban las entrevistadas, no podían realizar las actividades propuestas por la institución.

No me daban ganas de levantarme, me daba asco ver a las pacientes que se encontraban en condiciones muy deplorables. Yo de verdad no quería permanecer en ese lugar, mucho menos quería realizar las actividades, sobre todo cuando me sentía muy deprimida, o me dolía la cabeza, sí hubo varias cosas que deje de hacer por no tener ganas de salir o ver a las otras mujeres (J, entrevista, 2016)

Pues al principio como llega uno con la crisis pues no tienes ganas ni de comer, ni de pararte, ni de nada, entonces no haces lo que te piden, por lo mismo de que te sientes mal, pero luego ya tu cuerpo se acostumbra y haces las cosas con mucho gusto (L, entrevista, 2016)

De estos fragmentos se desprende que, a pesar del cronograma rutinario propuesto por la institución psiquiátrica, las entrevistadas tuvieron la opción de no hacer las actividades, si no querían o no podían, sin recibir algún tipo de castigo. Por una parte, el fragmento de J, nos habla acerca de ver la depresión como un estado que causa discapacidad (Berenzon, 2012), y que confinó su cuerpo al dormitorio. En tanto que, el fragmento de L, nos muestra que en los estados de crisis también hay una incapacidad del cuerpo para realizar las cosas. En ambos casos la institución fue un espacio donde pudieron pasar estados depresivos y de crisis, sin recibir correcciones por parte de la institución, no tampoco por parte de sus familiares.

Parecía que la noción de regaños o castigo por parte de la institución no estaba tan marcada en las entrevistadas, en la mayoría de los relatos se hablaba de que la institución era un lugar bueno, donde no había golpes o castigos. No obstante, había algo en común que todas ellas me relataron, que tenía que ver con el llanto, con los momentos donde no podían

contenerse y lloraban. Los siguientes cinco fragmentos muestran lo que las entrevistadas dijeron acerca del llanto:

Si lloras porque extrañas a tus hijos es porque estás deprimida, si lloras porque te sientes con dolor del estómago es porque estas deprimida. Cuando lloraba no me preguntaban mucho, solo me decían que necesitaba más medicamentos (L, entrevista, 2016).

Para los médicos el llanto es lo peor, es como dos semanas más de internamiento, recuerdo que, con la pasante, ni siquiera era médico, todo lo que le dije, todo era mentira; recuerdo que esa vez me sentía mal porque estaba en mis días, pero no le importó, iba llorando. Creo que te valúan por conforme te ven (C, entrevista, 2016).

Si te veían llorando te daban más medicamento, eso me pasó a mí en observación, lloraba, uno porque no podía drogarme. En ese entonces estaba muy mal por la desintoxicación, pero recuerdo que estaba muy dopada, lo único que podía hacer era llorar, para mi mal, porque me dieron más años de internamiento (P, entrevista, 2016).

Nunca supe de qué maltrataran a alguien, o que les hicieran algo, lo que si es que cuando uno tiene ganas de llorar mejor hacerlo por ahí donde nadie te vea, eso no lo ven bien los médicos (E, entrevista, 2016).

No pasaba nada sino hacías las cosas, solo recuerdo varias veces que nos regañaron porque estábamos en el patio cortando las hojas de los árboles, el jardinero nos vio y nos llamó la atención, mi amiga y yo nomás nos reíamos. Un día nos habló tan fuerte que mi amiga se fue llorando, el enfermero la tuvo que tranquilizar con pastillas (A, entrevista, 2016).

En los fragmentos se muestra que el llanto es una acción que no está permitida, el castigo surge cuando se silencia lo que está detrás (dolor, malestar, cansancio, etc.), ocasionando que las entrevistadas muchas veces tuvieran que reprimir los sentimientos de llorar. Por lo que, se hace evidente que los médicos, psiquiatras o cuidadores que trataron a las entrevistadas, asocian el llanto con un factor biológico, reproduciendo sesgos sexistas que tienden a ver en la mujer a

una persona más “frágil” que el hombre; y por lo tanto más predispuesta a enfermar física o psicológicamente (Castro, 1993), en ese sentido, si lloraban la explicación más evidente era porque estaban enfermas, lo cual se debía corregir.

En definitiva, los relatos dan cuenta de que hay situaciones donde las internas no reciben ningún tipo de castigo por no cumplir con lo que la institución propone, también se muestra que existen castigos que son evidentes y de los cuales están conscientes las internas (regaños). Pero, también hay otros castigos que son in-visibilizados, de los cuales no están conscientes las internas, que se presentan con sesgos sexistas que reproducen la idea de que el llanto es igual a “fragilidad” y por lo tanto a enfermedad.

4.4. Espacios de castigo: el temor al cuarto aislado

Existe un lugar llamado por las entrevistadas como “el cuarto aislado”, este lugar es otro ejemplo de castigo del cual las mujeres están conscientes. El cuarto aislado, se localiza entre el patio central y el dormitorio de hombres (véase plano 4.1), cuenta con una cama y un baño. Los internos o internas que eran llevados a este lugar podían permanecer desde horas a días de castigo, según mis informantes.

En las entrevistas se destacó el hecho que solo tres de las diez mujeres entrevistadas fueron llevadas a este cuarto, también, se muestra que el resto de las entrevistadas sabían de la existencia de este espacio porque en su tiempo en el patio central vieron a hombres internos que, tras realizar riñas, intentos de escape, faltas de respeto al personal, entre otras cosas que desestabilizan el orden, fueron sedados y llevados al cuarto aislado.

A mí me gustaba todo en el interior, creo que lo que menos me gustaba era el cuarto aislado, yo jamás estuve ahí, pero vi que a un señor se lo llevaron para allá, todo sedado el pobre ni podía caminar, pero él tuvo la culpa pues le pegó a otro compañero, o sea, si hubiera estado calmado, pues no le hubiera pasado eso verdad (A, entrevista, 2016)

Lo que A relata es, por una parte, la idea de que uno de los componentes de la identidad masculina es el uso de violencia para dirimir diferencias (Guevara, 2005), estos son más propensos a solucionar sus problemas, con el uso de violencia física, en consecuencia, dentro

del hospital psiquiátrico según los relatos, los hombres son vistos por las entrevistadas como violentos que necesitan ser confinados para no hacerle daño a los demás internos o personal de la institución. Si bien el llevarlos al cuarto aislado es una medida controversial, estudios como el realizado por María Villar “Violencia en el medio hospitalario por pacientes con alguna enfermedad mental” (2005), manifiesta que, dentro del internamiento psiquiátrico de hombres, existe un número considerable de trabajadores que han sufrido violencia física por los pacientes, por lo que, el aislamiento es un recurso de las instituciones para prevenir accidentes derivados de la violencia ejercida por pacientes masculinos (Villar, 2005).

Por otro lado, el fragmento expuesto por A, muestra una diferencia de género, en relación con los castigos que la institución ejerce, lo cual podemos enlazarlo con lo relatado por G, que, al preguntarle si existe un trato diferente en el hospital por ser hombre o mujer, ella comenta:

No creo, pero, bueno si, sabes, la forma de tratarlos es distinta, a ellos se les violenta más cuando quieren calmarlos, a nosotras no tanto, me ha tocado ver como hasta tres policías intentaron calmar a un muchacho muy agresivo (G, entrevista, 2016)

De lo anterior se desprende que, persiste el posicionamiento de género que coloca a los hombres con enfermedad mental, como agresivos, difíciles de controlar, en tanto que, a las mujeres se les posiciona como fáciles de controlar, dado que la mayoría no tiende a la violencia, se les castiga por lo tanto no por ser “violentas” sino por desobedecer. Aunque, en el caso de tres de las mujeres entrevistadas que fueron llevadas a este lugar supuestamente porque no obedecieron se muestra algo distinto:

El cuarto aislado es lo peor de la institución, es como estar muerta, sin nadie, sin ruidos, es el peor castigo que puede pasarte, pero ahí me llevaron después de que no quería que se acercaran a mí mis compañeras, querían que hiciéramos un dibujo de ahí del taller, pero yo no quería hablar con nadie, y les gritaba que no se acercaran, por eso estuve ahí (E, entrevistas, 2016)

Mi peor miedo era que me llevaran al cuarto aislado, ya había estado ahí como dos veces por no hacerle caso a los enfermeros, pero no tenía ganas de comer, ni de vivir, yo les decía que no quería pastillas, pero pues no me hacían caso, y me llevaban mejor al cuarto aislado para que dejara dormir a las otras muchachas (G, entrevista, 2016)

La verdad no me gustaba el cuarto aislado, uno se siente en prisión, yo estuve ahí, y también una compañera que gritaba mucho porque ella estaba más enferma que yo, era muy agresiva casi como yo ahora, y nos tenían ahí porque no querían que les hiciéramos algo a las demás pacientes. Es lo único que no me gustaba no porque estuviera feo sino por miedo a la soledad (L, entrevista, 2016)

Si bien, las tres entrevistadas comentan que no realizaron actos violentos, los fragmentos demuestran lo contrario. En el primer caso, se presenta que aparte de la no obediencia al no realizar la tarea asignada en el taller, **E** les gritaba a sus compañeras, lo cual desde la definición de Inmujeres (2014) puede considerarse una forma de violencia psicológica, que puede derivar a violencia física, por lo que el recurso que tuvo la institución fue alejarla de sus compañeras. En el segundo caso, se lleva a **G** al cuarto aislado como una forma de protección contra sí misma, ya que se estaba violentando al no comer, y al tener ideas suicidas. Por último, el fragmento de **L** si habla acerca de ser violenta o agresiva. En los tres casos existieron manifestaciones de violencia, que pudieron ocasionar accidentes a sus compañeras y personal de la institución, por lo que, el cuarto aislado sirvió de contención a estos actos violentos.

Otro punto a considerar es lo que implicaba llegar al cuarto aislado, y que era causa de temor entre las entrevistadas. El cuarto aislado representaba el lugar donde estaban completamente solas. La soledad puede definirse como el tiempo, el espacio, el estado donde no hay otros que actúan como intermediarios (Lagarde, 2012), para las entrevistadas estar solas, llevaba consigo el recordar todas aquellas situaciones que les causan y les causaron malestar, por lo que, al preguntarles que era lo que menos les gustaba del internamiento, siete expresaron que era el cuarto aislado.

Considero que, la existencia de un espacio como el cuarto aislado, puede ser más que un lugar de castigo, es un sitio que sirve de contención de la violencia que pueden ejercer las internas y que potencialmente pueden dañar a terceros e inclusive a ellas mismas. No obstante, es necesario pensar otras alternativas menos radicales, para la contención de estos síntomas. Para lo cual, es vital la prevención de los mismos, por lo que una recomendación viable, sería escuchar a las mujeres y ver qué tipo de malestares enfrentan, antes de que se conviertan en factores de violencia, ya que cómo lo menciona el psicoanálisis con Freud (1996), lo reprimido siempre se sintomatiza (Freud, 1996), es decir, los malestares reprimidos siempre buscan una

forma de salir, en ese sentido, todo aquello que aqueja a las mujeres y que estas callan, se somatizan en forma de actos violentos, que se pueden prevenir al ser escuchadas.

4.5. Espacios de placer: las recompensas negociadas

Hasta aquí he expuesto como operan los castigos en la institución psiquiátrica, sin embargo, para analizar cómo se configura performantivamente la subjetividad de las entrevistadas, debemos hablar de las recompensas. Para lo cual, se toman dos aportes teóricos, las recompensas expuestas por Foucault (1998), que muestran que estas se dan a los que cumplen con lo establecido por las instituciones disciplinarias. A su vez, se toman las resistencias de Butler (1999), el pensamiento de la autora propone que la actuación que podamos encarnar estará signada siempre por un sistema de castigos y recompensas. Por lo tanto, la performantividad de la subjetividad de las entrevistadas, no es un hecho aislado del contexto disciplinario, es una práctica, una reiteración continuada y constante en la que la normatividad se negocia.

Partiendo de esto, y conforme a los relatos de las entrevistadas, se plantea la existencia de espacios de placer, lugares que funcionan como recompensa, y que se encuentran en constante negociación. Según los relatos, las mujeres pueden acceder a estos lugares si han cumplido con sus actividades. El primer espacio de placer se encuentra en la sala de rehabilitación mixta, la recompensa es poder mirar la televisión por algunas horas. Lo he llamado lugar de placer, debido a que pueden tener una relación indirecta con el exterior, por medio de los programas como noticieros, telenovelas, programas de entretenimiento, etc. También, es un sitio utilizado para dormir si así lo desean, por lo cual pueden salir un poco del control institucional. A este lugar solo acceden unas pocas, el tiempo es limitado de una a dos horas.

En la sala de televisión es lo mejor, hay sillones muy cómodos y ahí mirábamos la tele, hay pocas mujeres pues son pocos los asientos, luego son groseras por eso no las quieren ahí. Cuando hay más es porque es un cumpleaños o algo, nos ponen a todas juntas, pero no revueltas (L, entrevista, 2016)

Lo relatado por L, supone que, para acceder al espacio de placer, debe haber una negociación con las normas establecidas por la institución, es así que, la negociación depende del

comportamiento de las internas, por ello las que “son groseras” no tienen derecho a la recompensa. Al ser un espacio con pocos lugares, se despierta el deseo de las internas por acceder, por lo que la institución negociará con ellas quién accede y quién no, lo cual dependerá si éstas violan los espacios y reglas permitidas.

Otro de los espacios de placer, se encuentra en la zona de huertos (ver Plano 4.1), a esta área las internas acuden para sembrar plantas u hortalizas. Le he denominado espacio de placer porque tiene dos funciones benéficas para las internas: la primera es que, se realizan actividades que les permite sentir que tienen algo propio, cada semana ven crecer algo que ellas mismas han plantado. Para ejemplificar esto, el siguiente fragmento relatado por **Y**, quien al preguntarle qué era lo que más le gustaba del internamiento ella, contestó:

Cuando nos sacaban a los huertos, ahí se respira, como siempre estás encerrada, en el huerto como está al aire libre, te sientes más a gusto, además de que tienes tus plantitas, y cada semana vez como va creciendo que el cilantro, que el tomatillo, es la actividad que más me gustaba (Y, entrevista, 2016)

La segunda función es que les brinda el placer de sentirse útiles, con un propósito. Ya que, los malestares presentados por las internas como la esquizofrenia y la depresión, son dos de los padecimientos que generan más discapacidad (OMS, 2015), y que, en sus relatos es un factor que repercutió fuertemente en su salud mental, para ejemplo, lo dicho por **K**:

Le dije que mi papá estaba mal, que me tenía que salir a cuidarlo, y ya me salí, y ya, me quedé en mi casa toda deprimida, estaba acostada, ahí acostada dure cómo no sé cuántos años en la cama (K, entrevista, 2016)

Lo anterior podemos contrastarlo con otro fragmento hecho por la misma entrevistada al hablar de cómo el tiempo en el huerto le ayudó a sentirse útil:

En el huerto tenía yo mi siembra, cuando nos llevaban a ese lugar me gustaba mucho, esperaba que llegaré el miércoles para trabajar en el huerto, que toda la siembra estuviera bien, que no les faltará agua o tierra (K, entrevista, 2016)

Conforme a lo anterior, damos cuenta de que el estar en el huerto es una recompensa a la que las internas pueden acceder ciertos días, esto dependía de cómo se sintieran físicamente, lo cual se negociaba con los psicólogos que las trataban. La estancia en este lugar para la mayoría de las entrevistadas, fue considerada como un trabajo, que, a pesar de no obtener paga económica, la ganancia era sentirse útiles.

En síntesis, según lo relatado por las entrevistadas, existen lugares dentro del internamiento que pueden ser placenteros y benéficos para sus malestares, pues brindan recompensas que las internas negocian con la institución. Estos lugares se pueden encontrar en el interior, como es el caso de la sala de usos múltiple, o en el exterior, como el espacio del huerto. Así, estas áreas brindan distintas recompensas como el acceder a lugares que son deseados por todas las internas.

4.6. No es lo mismo ver los toros desde afuera a estar adentro toreando

Dentro del concepto de disciplina, una de las categorías de análisis establecidas son los agentes punitivos, que he opté por nombrarlos en un primer instante como agentes reguladores. Para mostrar cómo operan he propuestos dos figuras: “los curadores” y “los cuidadores”. Los curadores son los médicos, psicólogos, psiquiatras, ellos tienen la función de tratar los malestares mentales. En tanto que, los cuidadores corresponden a las y los enfermeros, y a las y los auxiliares de enfermería de la institución, con la función de hacerse cargo de las necesidades de las internas.

De esta manera tomando los pensamientos de Foucault, los primeros se basan en saberes y discursos que les dan el poder de diagnosticar y decretar el alivio a los pacientes (Foucault, 1983), de lo que se infiere que, ellos son los que decidieron el diagnóstico, los tratamientos y el tipo de terapias de las mujeres entrevistadas. Por otra parte, los segundos son los que supervisan que se ejecuten dichas actividades por el bienestar físico y mental de las internas.

Existen posiciones jerárquicas entre estas dos figuras, el curador se encuentra en una posición superior, en relación a los cuidadores e internas, por ende, poseen un poder sobre estos, dado que, el poder está conectado de manera irrevocable al conocimiento, que, a su vez, tiene una función reguladora, por medio de la categorización de lo que es normal y anormal; enfermedad y salud (Foucault, 1969). En ese orden de ideas, tomamos como punto de partida

cómo se realizaron los diagnósticos, considerando que es un factor relevante, pues al nombrar a alguien como “enfermo mental”, existe una separación, y a partir de ese momento, un posicionamiento de las sujetos como “enfermas”; “discapacitadas”; “diferentes”. Para ejemplificar como fueron realizados los diagnósticos, tenemos los siguientes dos fragmentos:

Pues cuando me diagnosticaron solo me hacían preguntas, cómo de qué si veía cosas, si escuchaba voces, yo me sentía deprimida por la violación que sufrí por parte del esposo de mi madre, al que nunca voy a llamar padre, pero el médico solo me preguntaba de las voces y las sombras, no le importaba mi sufrir (M, entrevista, 2016)

La primera vez que hablé con un psiquiatra de ahí de la institución me trataron bien, me preguntaron de las voces que escuchaba, me hacían preguntas de las cosas que sucedían en mi cabeza, creo yo que no me preguntaron de mi vida, solo de mi cabeza (G, entrevista, 2016)

En el primer fragmento el curador de **M**, solo se enfocó en cuestiones del cuerpo, algo que sigue vigente en el pensamiento psiquiátrico es la idea cartesiana de analizar el cuerpo separado del alma (Federici, 2010), en se sentido, cuestiones que tienen que ver con la violencia sexual que sufrió por parte de su padre y signó su subjetividad, son invisibilizadas, y a la larga no se logran resarcir. En tanto que, lo relatado por **G**, tiene relación con que los curadores reproducen el modelo hegemónico que plantea Menéndez (1987), que posteriormente retoma Burin (1997). El cual está basado en un modelo masculino de ciencia, objetivando a las pacientes, dejando de lado la historia personal que cada una pudo tener, con lo cual, se pudo mantener una relación jerárquica con las mujeres entrevistadas. Del mismo, modo el diagnóstico funcionó para posicionar a las entrevistadas como “enfermas”, de esta manera los curadores legitimaron su saber.

Cabe aclarar que, en efecto los diagnósticos separan a los normales de los patológicos, pero también cumplen con otra función, que es la producción de “verdades” (Foucault, 1999). Al recibir el diagnóstico (“verdad”), a las entrevistadas se les brindó conocimiento sobre lo que pasaba en su cuerpo y alma, por lo que pudieron tener seguridad de que aquellos malestares que les aquejan pueden ser tratados, que los estados o crisis psicóticas o emocionales, pueden ser aliviados. Como lo expresa **A**:

Le pido a dios que me acepte, todo lo que les hice a mis hijos fue porque estaba enferma, era una desquiciada, ahora me doy cuenta, era una desquiciada, estaba enferma, no me dada cuenta de lo que hacía (A, entrevista, 2016)

El tener conocimiento de su “enfermedad”, les dio a las entrevistadas otra forma de entender lo que pasa en su contexto (familiar, social, corporal), por lo tanto, es una forma de estar conscientes de que deben cuidarse, y tratar sus cuerpos y almas. Existe en ese sentido, un cuidado de sí, entendiéndolo como un conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo, el individuo por lo tanto se constituye en sujeto de sus propias acciones (Chirolla, 2007).

Además, en los relatos se muestra la existencia de un posicionamiento espacial que tiene la finalidad de mantener las relaciones jerárquicas entre los curadores, cuidadores, entrevistadas. Este posicionamiento se encuentra en los consultorios de los médicos, psiquiatras, psicólogos ubicados en el segundo piso de la institución, separado del área de internamientos. Las entrevistadas solo tenían acceso a estos espacios cuando tenían consulta; con el psiquiatra iban de una a dos veces por mes; con el médico cuando presentaban dolores físicos; con la psicóloga asistían dos veces por semana. Pocas veces según algunos relatos de las entrevistadas, los curadores convivían con ellas en las áreas de internamiento.

Pues les digo que vengan, que se acerquen más, que no hacemos daño, pero nada más los enfermeros están con nosotras, los médicos con sus batas blancas ahí andan en veces, pero casi nunca los veíamos con nosotros, no más cuando teníamos consulta (E, entrevista, 2016)

Sí, porque no es lo mismo ver los toros desde afuera a estar adentro toreando. A ellos se les hace muy fácil y todo, pero, yo le he dicho al enfermero que los invito a que coman la comida que nos dan, que convivan más con nosotras (A, entrevista, 2016)

Lo que podemos observar de los fragmentos anteriores es que existen cuestiones simbólicas que ayudan a mantener las jerarquías institucionales, en el primer caso el uso de batas blancas posicionaba a los médicos como aquellos portadores de saber, separándolos de los enfermeros e internas, por lo que pocas veces se ven en los espacios nosocomiales. En el segundo relato, se muestra la percepción que A tiene de los curadores, como personajes con poca empatía con ellas, ajenos a lo que sucede en el interior.

En lo relativo a los cuidadores, estos eran los encargados de administrar el medicamento, realizar terapias psicomotrices, etc. Tenían un contacto directo con las internas. Dentro de los procedimientos efectuados diariamente se encontraba: despertar a las internas, checar sus signos, administrar y verificar la ingesta adecuada de fármacos antes de desayuno, en la comida y antes de dormir. Eran los encargados de vigilar directamente a los y las pacientes. Al respecto **C** comenta:

Los enfermeros bien buena onda contigo, que ya le toca la pastillita, que te chulean, que te tratan como una princess, hasta cuando te dan la pastillita te dicen que abras tu boquita para ver si no tienes la pastilla en la lengua, así de mucho se preocupan por una (C, entrevista, 2016)

En este fragmento **C** expone que el trato de los cuidadores siempre fue amable, no obstante, también, se presenta que los cuidadores infantilizan a las mujeres, dado que, a los enfermos mentales a menudo se les relaciona con estados infantiles, por las limitaciones e incapacidades que la “enfermedad” produce (Mora, 2007), con frecuencia se les trata como a niños incapaces de responsabilizarse de sus propios cuidados, se cree que deben estar bajo la tutela de la familia, la sociedad o los psiquiatras (Mora, 2007). En este caso bajo la tutela de los cuidadores.

El cuidador además de ser el encargado de administrar los tratamientos recomendados por los curadores, procuró el manejo de la vida de las entrevistadas en los distintos espacios: baños, dormitorios, patios, salas, comedores, a su vez, vigiló la salud física y las mejorías de estas, de tal forma que ejerció dos roles cuidador-curador.

Dentro de las problemáticas encontradas en los relatos, ocho de las diez entrevistadas concuerdan que respecto a las terapias psicológica y terapéutica existen una serie de informalidades, hubo un manejo inconstante de horarios, irregularidades en las secciones psicológicas, cambios de psiquiatras y psicólogos, aunado a que, se presenta una falta de empatía y sensibilidad por parte de los psicólogos. Como lo ejemplifica **C**.

Me han cambiado seis veces de psicólogo en los años que llevaba ahí sin previo aviso, cuando reclame lo único que hicieron en vez de darme solución al problema, fue ignorarme. A ellos no les importa que tengan seguimiento de los pacientes, solo ponen a cualquiera, no importa si no conoce al paciente, tiene que ver la evolución, pero no les importa (C, entrevista, 2016)

En suma, a lo que C comenta, se le agrega que en Tijuana solo existen 36 psiquiatras (INEGI, 2010), y en el hospital laboran solo 15 (INEGI, 2010), por lo que no hay suficiente personal para atender a las necesidades específicas de cada paciente.

Para finalizar el apartado, se comenta que uno de los aportes del estudio es plantear dos figuras que surgen en contextos de internamiento, los cuales surgen a partir del concepto “agentes punitivos” propuesto por Foucault, pero viendo otros matices que los separan de situarlos como aquellos que ejercen solo control y disciplina. Sino que también son figuras que dan certezas y proporcionan conocimientos a las mujeres sobre sus síntomas, a su vez, las cuidan y sirven de contención de su subjetividad.

4.7. Además de loca pobre: la interseccionalidad: sexualidad, clase social y el género

El capítulo contextual expone que, por problemas derivados por la cancelación del Seguro Popular, las mujeres entrevistadas fueron dadas de alta, y sacadas del hospital. Este apartado surge a raíz de este hallazgo. Tiene como objetivo mostrar cómo es que este incidente relaciona la institución psiquiátrica (dispositivo disciplinario), con la historia de vida de las entrevistadas. Para ello, se hace uso de los aportes del feminismo decolonial, analizando la interseccionalidad entre género, sexualidad y clase social.

Para comenzar el análisis se parte por reconocer que las construcciones socio-históricas que se han construido en torno a lo que es normal o patológico, están atravesadas por relaciones de poder, que dominan el campo social (Linardelli, 2015), por lo que, no se puede pensar el género separado de otras estructuras de poder que la sociedad produce: clase social, sexualidad. Dicho lo anterior, se presenta que, con la cancelación del Seguro Popular, a las entrevistadas se le restringió el acceso y derecho al sistema de salud. A pesar de que, es responsabilidad y obligación de los gobiernos proporcionar acceso a las instituciones de salud, los presupuestos asignados a la salud mental en la mayoría de los países son muy bajos. Representa en las naciones de bajo ingreso solo 1.54 por ciento del total presupuesto asignado a salud; y en los países de ingresos altos la proporción es de 6.9 por ciento (OMS, 2004). Esto ha propiciado que

la atención de los pacientes mentales sea escasa, lo cual indica que el acceso al sistema de salud no es una posibilidad generalizada (Linardelli, 2015).

En ese contexto, las mujeres entrevistadas, me relataron su sentir con la cancelación del Seguro Popular, se destaca el malestar y el desconcierto generalizado al enterarse de que no podían seguir en internamiento. Para la mayoría este hecho representaba dejar lo que por años fue su hogar, un espacio donde se sentían seguras y cuidadas. También se remarca el hecho de que no les avisaron con tiempo que debían abandonar el hospital, como lo comenta **Y**:

A mí nunca me avisaron que ya no podía estar interna, solo un día llegaron y nos dijeron que ya nos daban de alta, me tuve que ir con un hermano. Ya después, le dijeron que las consultas costaban 500 pesos, de dónde iba a sacar ese dinero (Y, entrevista, 2016)

En las palabras de **Y**, se presenta que las posibilidades de continuar recibiendo ayuda por parte del sector salud, dependen ahora de su situación económica, algo que ella no puede solventar, se desprende de esto que, la atención sanitaria y su calidad de la misma se encuentran demarcadas por razones socioeconómicas, geográficas, de género, etc. (Arcos, 2010). Si bien, en el apartado teórico se menciona que por los sesgos sexistas presentes en los sistemas de salud, hay más propensión a diagnosticar más fácilmente a una mujer que a un hombre, lo que supone que existe más hospitalización de mujeres, debemos tener en cuenta que solo algunas mujeres acceden al sistema de salud (Linardelli, 2015).

En el caso de las entrevistadas, todas ellas tenían el Seguro Popular, programa que cubría los costos de internamiento y tratamiento, sin embargo, una vez que no se reanuda el convenio entre el SP y HSMT, quedan en una situación de desprotección en torno a la salud mental. Por lo que, a pesar que algunas mujeres sufran mayores hospitalizaciones, probablemente las mujeres pobres, enfrenten obstáculos para acceder a servicios de salud mental (Linardelli, 2015). Como en el caso de las diez mujeres entrevistadas.

Las situaciones de vida de las mujeres internas (clase baja, violencia sexual) se podrían pensar desde algunas teóricas feministas (Burin, 1990; Bleichmar, 1992) como subjetividades vulnerables, sin embargo, los relatos de las entrevistadas nos dan cuenta de otras realidades que atravesaron las mujeres en diversos contextos, que a pesar de vivir situaciones de quiebre como violaciones, maltratos, etc., siguen resistiendo. Por lo tanto, no se puede esencializar las

situaciones vitales de las mujeres. Posicionar a las entrevistadas como mujeres con una subjetividad vulnerable solo las sitúa como mujeres frágiles, débiles de alma y cuerpo, recluidas en lo privado y sexualmente pasivas, constituyen un estereotipo que ha sido dirigido solo a mujeres blancas burguesas (Lugones, 2008).

Los relatos muestran que es necesario que los gobiernos, los estados, en específico el Estado de Baja California aseguren una buena atención y accesos a la salud mental, de los grupos más oprimidos, como son las mujeres pobres. Es necesario que la salud mental esté presente en la agenda social de los gobiernos, para con ello permitan una mejor calidad de vida. Es importante, reflexionar sobre la interseccionalidad de las opresiones, lo cual permite evitar ciertas universalizaciones que ocultan el modo en que los distintos dispositivos de poder reproducen desigualdades (Amigot, 2009)

|

CAPÍTULO V. COMPAÑERAS DE DOLOR, NUESTRAS ALMAS ENFERMAS: SUBJETIVIDAD FEMENINA ESTRATEGÍAS DE RESISTENCIA Y DE ADAPTACIÓN EN EL INTERIOR

Cuando me abrieron las puertas del hospital, pues te decía, si te das cuenta, hay un compañerismo, una hermandad, cuando estaba en el hospital hice muy buenas amistades, no me sentía sola, ahí encontré compañeras de dolor, y por eso nos queremos mucho la verdad

-G, interna del HSMT

El objetivo principal de este capítulo es responder a la pregunta de investigación ¿Cómo influyen los dispositivos disciplinarios en la construcción de subjetividades signadas por el género, la clase social y la sexualidad de las pacientes del Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California? Así mismo, tiene como propósito identificar las prácticas discursivas en torno a la sexualidad por parte de las entrevistadas, que surgieron en un contexto de internamiento y “enfermedad”. Se recurre estratégicamente a separar las temáticas. El primero, se centra en el ejercicio de la subjetividad femenina en una multiplicidad de prácticas, relaciones sociales en el internamiento, los significados que las internas construyen sobre la feminidad, y cómo esta dimensión se ha visto afectada por el dispositivo disciplinario. De esta manera se contempla las formas en las que las internas establecieron en el interior del hospital, las relaciones que construyen, las diferentes subjetividades que se pueden distinguir.

Para ello, se retoman dos conceptos ejes: la subjetividad y la performantividad, el primero desde los aportes teóricos de Michel Foucault, el segundo desde las propuestas de Judith Butler, a su vez, se hace un análisis feminista y de género, que nos permiten obtener un panorama general de lo que significa la enfermedad mental y el internamiento en las mujeres entrevistadas. El capítulo se organiza en dos apartados, en el primero, se muestra el análisis de las formas en las que las mujeres performan su subjetividad en el interior, y al análisis de la sexualidad con sus dos categorías: 1) violencia sexual, 2) maternidad. El segundo, se centra en las distintas estrategias de resistencia que las mujeres internas elaboran para subvertir al poder y disciplina. Así mismo, tiene como propósito mostrar cuáles fueron las formas de adaptación

que las internas realizaron durante el internamiento. Se analizan las resistencias de las mujeres entrevistadas utilizando categorías de la teoría feminista las cuales posibilitan pensar la subjetividad femenina de las entrevistadas en permanente cambio frente al poder institucional.

Para el análisis, se toma el concepto de resistencias y fugas desde los planteamientos teóricos de Michel De Certeau, relacionándolos con los planteamientos de Judith Butler, en específico el concepto de performantividad de género, con lo cual, se posiciona el análisis dentro de una perspectiva de género y feminista, que nos ayuda a pensar una dimensión política del género, en tanto que, las mujeres entrevistadas son puestas como sujetos de derecho, de esta manera. vinculamos la dimensión de género con la dimensión de clase social y precariedad de las entrevistadas, que las ha sumergido en condiciones de marginalidad y violencia.

5.1. Ser mujer es darse a respetar: significados de ser mujer

Es menester mencionar que, para el análisis de la subjetividad, se toman los aportes de Michel Foucault sobre la constitución de sujetos (1978; 1986; 1988). El autor propone dos formas de subjetividad, una que obliga al individuo a depender y ser controlado por los discursos, prácticas, códigos, normas, y otra que refiere a los procedimientos y técnicas que el sujeto se aplica a sí mismo para conocerse e identificarse, lo que le permite transformar su propio modo de ser (Foucault, 1986). En ese marco, la subjetividad en este estudio no es vista como el resultado fijo de procesos sociales, culturales o institucionales en la persona individual, sino que es una relación entre un campo productor (Zemelman, 1997), que incluye normas, códigos, modelos, prescripciones y prohibiciones sociales en las personas y las modalidades como se ajustan, resisten o recrean individual o colectivamente frente a las atribuciones de significado ya sea para identificarse o deslindarse.

En ese escenario, para analizar cómo se performanron las subjetividades de las entrevistadas, es necesario, tomar las respuestas a las preguntas planteadas en la guía de entrevistas semi-estructurada en torno al género, teniendo en cuenta que la subjetividad es proceso productor, en el que se ponen en relación prácticas y significados culturales y sociales. La subjetividad, por lo tanto, pasa de ser un resultado propiamente individual a ser un proceso en el que intervienen “prácticas discursivas concretas” (Weeks, 1993: 283). Mabel Burin, comenta que la subjetividad femenina tiene su origen en la producción de mujeres como

sujetos (1998), es relevante mostrar los significados que las entrevistadas dieron a los sentidos de ser mujer, de esta forma se hacen evidente las formas de percibirse, como mujeres de una subjetividad específica.

Las respuestas dadas iban enfocadas a que ser mujer tiene que ver con la vanidad, con el cuidado del cuerpo, la belleza, el cuidado de su esposo, de sus hijos, etc. Lo que podría considerarse como respuestas “clásicas” si tomamos en consideración estudios como el realizado por Burin “Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables” (2004), o el aporte de Ana María Fernández “La mujer de la ilusión” (1996), que nos hablan acerca de la relación que guardan los atributos considerados como femeninos en la construcción de subjetividades. En casos más concretos tres de las entrevistadas dan a conocer que la vanidad, la belleza y el cuidado de su cuerpo, son vectores importantes en los significados de ser mujer:

La vanidad, ahora que tomo medicamentos y que estoy fuera del hospital, soy muy vanidosa, tengo muchísimos zapatos, mucha ropa, también ser mujer es la oportunidad de maquillarme, peinarme, estrenar, cosa que los hombres no pueden hacer, o si lo hacen son criticados (J, entrevista, 2016)

Ser mujer, para mí, ahora que me lo mencionas, creo que tiene que ver con el cuidarme, cuidar mi cuerpo, ponerme en forma, verme bien, algunas veces es difícil por el medicamento, que engorda, pero por eso uno como mujer tiene que cuidarse para no subir de peso (P, entrevista, 2016)

¡Ah jijo! Es difícil responder eso, déjame pensarlo... Para mi ser mujer es verse bonita, cuando vivía mi José, me gustaba ponerme labial rojo, me hacía sentir más bonita, a él le gustaba mucho (M, entrevista, 2016)

En los tres relatos la vanidad y el cuidado de sí se hacen presentes. En los primeros dos, tiene relación con la edad de las entrevistadas, **J** tiene 31 años, en tanto que, **P** tiene 32 años. Para el caso de **J**, al nombrarse a sí misma como asexual, el ser mujer va más allá de desear o querer tener hijos, tiene que ver con la diferencia, dado que las concepciones de lo femenino y masculino se generan a partir de la mutua negación (Serret, 1990), lo que, para **J**, implica que como mujer puede performar su género con ayuda del maquillaje, la vestimenta, etc.

En el caso de **P**, su discurso es ambivalente, si bien, el fragmento indica que le gusta estar en forma, el no querer engordar, es un acto que va más allá del aspirar sentirse bien, pues por su historia de vida, hay dos sucesos que marcan el “no querer engordar”. Tenemos que **P** era trabajadora sexual, debía tener un cuerpo atractivo para los hombres. Por otra parte, **P** fue víctima de violencia sexual por su tío, por lo que, menciona que en la adolescencia ese incidente le provocó anorexia, desde el psicoanálisis podemos interpretar la problemática de **P**, como, un malestar que se presentó en la construcción de su identidad como mujer, ya que debía aceptar que ya no era niña, debía tener un cuerpo de mujer, ser el deseo de otros (Dolto, 1994). En consecuencia, sus relatos se muestran como ambivalentes, su historia es una paradoja entre tener que ser el deseo de otros, por lo que debe tener un buen cuerpo, y el no querer incitar deseo para que no le suceda lo que le pasó en la adolescencia.

Por último, en el caso de **M**, también hay una noción de ser mujer relacionada con la vanidad y belleza, sin embargo, **M** es mayor que **P** y **J**, casi por 20 años, en su discurso se menciona el cuidado de su cuerpo, pero, no para sentirse bien ella, sino para ser atractiva para su marido. También el cuidarse y verse bien, es porque **M**, tiene una competencia y rivalidad con su madre por el cariño de su pareja (la madre de **M**, es amante de su esposo). En ese sentido, la relación que guarda con su madre quien también es mujer se encuentra cargada de dificultades derivadas de poderes, jerarquías, competencia y rivalidad (Valcárcel, 1991).

Otra cosa que se acentúa de los significados de ser mujer, es el “darse a respetar”, se menciona en siete de las diez entrevistadas por lo que en el análisis fue un código In vivo¹⁹ que ayudó a matizar el sentido que las entrevistadas le atribuyen a ser mujeres y su relación con el respeto de su cuerpo. A continuación, se presentan, los siete fragmentos donde se menciona el código In vivo

Ahora si no sé qué decirte, mmm para mi ser mujer es el ejemplo que le das a tus hijas, como mujer debes darte a respetar, y enseñarles a tus hijas a que deben darse a respetar, ahora si como dicen en mi pueblo, el hombre llega hasta que la mujer quiere (A, entrevista, 2016)

¹⁹ Gemma de la torre (2010) menciona que los códigos “in vivo” se generan directamente del lenguaje sustantivo, es decir de los datos en bruto que corresponden a incidentes. Suelen hacer mención a aquellos comportamientos y/o procesos que explican, o ayudan a entender el objeto de estudio para cada investigación. Los datos se fragmentan directamente cuando se extraen los códigos “in vivo”, pudiendo alguno de ellos emerger con posterioridad como códigos teóricos

Ser mujer es algo que ni yo misma se cómo explicarlo, no solo por el hecho de ser mujer tienes que tener relaciones sexuales con quien sea, ser mujer es darnos a respetar para que no abusen de una (G, entrevista, 2016)

El ser mujer no nos quita de tener el derecho a ser escuchada y respetada como lo que es una ser mujer, darse su lugar para que te respeten, darse a respetar, eso para mí es lo que es ser mujer (K, entrevista, 2016)

Muy difícil pregunta, ahora que lo mencionas, nunca me había preguntado por eso, mujer es aquella que se da a respetar, para así ser respetada, mujer es la que no anda con uno y con otro (E, entrevista, 2016)

Mmmm, para mi es algo que me gusta, aunque luego también nos trae mucho dolor cuando nos discriminan en los empleos, me ha pasado varias veces, o en mi caso que mi marido me golpea, porque piensa que ando engañándolo, que no me doy a respetar (C, entrevista, 2016)

¡Uy! Que complicado, pues ahora que me lo preguntas, significa, no ser infiel a tu esposo, respetarlo, como mujer debes darte a respetar, no tener relaciones con otro hombre, menos si eres casada (L, entrevista, 2016)

En mi caso ser mujer fue malo, incluso en la misma casa ser mujer me afectó, mi papa me quería matar, abusaba de mi constantemente, por eso, porque nací mujer, porque no me di a respetar por eso abuso de mi (Y, entrevista, 2016)

De los relatos se desprende que los sentidos en torno a ser mujer están relacionados directamente con la sexualidad, en ese marco, podemos plantear que la sexualidad como un dispositivo de control (Foucault, 1998), repercute directamente a la configuración performantiva de las subjetividades de las entrevistadas. Tenemos el caso de A, quien en el fragmento comenta que “darse a respetar”, se relaciona con la idea de ser una buena madre, dándole un buen ejemplo a sus hijas, mostrando que como mujer no puede dejarse llevar por

los deseos sexuales, los cuales deben restringirse. El caso de **G**, al ser divorciada, hace mención a que como mujer no debe tener relaciones “con quien sea”, ella me comentó al preguntarle de su sexualidad, que no quiere tener relaciones con nadie, o se podría interpretar “con quien sea”, porque eso la colocaría como una mala mujer. Para **k**, el respeto tiene que ver con el lugar que le dan como sujeto, ella se autodenomina como discapacitada, por lo que al sentirse respetada se posiciona en otro nivel, donde puede sentirse una persona digna.

E menciona que el ser mujer “no es andar con uno o con otro”, aunque, **E** es soltera en su relato menciona nunca haber tenido pareja, la concepción discursiva en torno a ser mujer obedece de igual manera a no ser promiscua. Por otro lado, para **C**, la noción de darse a respetar, remite a lo que el marido le ha dicho y con lo cual ha justificado el uso de violencia en su contra, además menciona que el ser mujer le ha costado dolor, al ser discriminada en dos aspectos, en el trabajo y el conyugal. Para **L**, el darse a respetar se relaciona con el ser fiel, aunque como asexual, comenta que no puede cumplir con algunas cosas sexuales, sabe que su marido le fue infiel cuando estaba en internamiento, existe en ella una culpa por no poder satisfacer los deseos del marido. Por último, en el caso de **Y**, las nociones sobre lo que es ser mujer, están atravesadas por un hecho que marcó gran parte de su vida, la violación de la que fue víctima por parte de su padre, también, en ella se hace evidente la culpa. al hacer mención de que fue porque “no se dio a respetar”.

De manera sintética, los significados atribuidos por las entrevistadas parten de las concepciones clásicas de la subjetividad femenina, el ser vanidosas, la belleza, el cuidado del cuerpo, etc. Sin embargo, existe en los discursos, entramados sociales, familiares, como la violencia sexual, la culpa, el deseo, ser objeto de deseo, la maternidad, etc. que construyen los sentidos a ser mujer en las entrevistadas.

5.2. Los efectos del internamiento en la configuración de subjetividades femeninas

La subjetividad se configura por un conjunto de normas, valores creencias, lenguajes, y se estructura a partir del lugar que ocupa cada sujeto en la sociedad. De esta forma, se sostiene que el Hospital de la Salud Mental configuró subjetividades, que la vez fueron construidas por las entrevistadas, ocupando el lugar de mujeres enfermas, por lo tanto, sus subjetividades tienen un carácter performantivo. Por medio de los relatos se establece una conexión entre el

dispositivo de poder de la institución psiquiátrica y las formas en las que las mujeres se identifican, es decir, la enfermedad mental es percibida por las entrevistadas como el elemento definidor de la identidad, en consecuencia, la institución psiquiátrica es una estructura que produce subjetividades e identidades con las que las entrevistadas, en algunos contextos se aliaron y en otras resistieron a la configuración

Para su análisis debemos virar hacia dos ejes que han construido las subjetividades de las entrevistadas, la vida doméstica y extradoméstica, se vinculan con dos ámbitos: el privado y el público. En relación al ámbito privado el análisis se centra en la vida de las mujeres antes de ser diagnosticadas. Los relatos de cuatro de las entrevistadas expresan que antes del internamiento sus actividades consistían en realizar los quehaceres de la casa, así como el cuidado del esposo o los hijos. Así lo exponen los siguientes fragmentos:

Antes de ingresar, bueno estaba con mi comadre, le ayudaba al quehacer. Antes de que mi marido muriera era ama de casa, lo he sido desde los 14 años de edad (M, entrevista, 2016)

Me dedico al quehacer de la casa, al cuidado de mis hijos, a limpiar la casa, prepararle la comida de mis hijos, solo eso, no me acuerdo que más (Y, entrevista, 2016)

Afuera pues vivía con mi marido y mis tres hijos, entonces yo me dedicaba al hogar, a estar al pendiente de mi familia (C, entrevista, 2016)

Como nada más tengo la secundaria, no he podido tener empleos, me he dedicado al cuidado de mi esposo, cuando estaba fuera eso era lo que hacía, bueno ahorita también me dedico a eso (L, entrevista, 2016)

Lo anterior nos indica que la subjetividad de las cuatro entrevistadas tenían relación con las prácticas propias de lo que se espera que realice una mujer, a su vez, se relaciona con los roles que socialmente e históricamente se les han impuesto a las mujeres: ser sostén afectivo, ser responsable por el cuidado de la casa (Burin, 1999). Delimitando su rol hacia las esferas domésticas y reproductiva.

Además, entre los hallazgos se destaca que para dos de las entrevistadas sus malestares mentales están relacionados con el ámbito privado, ya que poseen historias como abuso sexual, violencia intrafamiliar, abandonos, ect. Aunque, con ello no se pretende hacer una generalización entre abusos familiares y enfermedad, lo que se busca es poner de manifiesto como estos sucesos dentro del ámbito privado un espacio históricamente correspondiente a las mujeres, marcaron la forma de ser mujer, su subjetividad, y los procesos de enfermedad y salud. Para ejemplificarlo las narraciones de **P** y **Y**:

Mi mamá confiaba mucho en mi tío, a pesar de ser un tío lejano, ella como trabajaba mucho, me dejaba al cuidado de este tío, por las tardes el abusaba de mí. Con decirte que a la edad de 17 años yo ya me sabía en Kamasutra de pi a pa, gracias a él (**P**, entrevista, 2016)

Cuando se iba mi mamá por mandado o cuando estaba dormida, mi padre abusaba sexualmente de mí, algunos días no quería llegar a casa, para no verlo, lo odiaba, odiaba a mi mamá porque sé que lo sabía, pero nunca hizo nada (**Y**, entrevista, 2016)

En ambos casos existe una práctica sexual que ha marcado la subjetividad de las entrevistadas. Ese espacio privado, que es visto como un lugar donde pueden encontrar protección, fue para ellas un espacio de inseguridad, donde las personas que supuestamente debieron cuidarlas, fueron figuras que ejercieron violencia, dando como resultado, que el hogar sea visto como un espacio del que hay que alejarse. Para **P**, involucró huir de casa y refugiarse en el uso de sustancias y drogas, para **Y**, también implicó el irse de casa, y buscar protección con su pareja.

La condición de internamiento en el Hospital de la Salud Mental, produce una transformación de la manera en la que transcurren los ámbitos de la vida cotidiana. En ese sentido, se transforma también los significados de ser mujer. Marta Lamas apunta que los sentidos sobre lo que es ser mujer u hombre son asignados por la sociedad y la cultura, siendo aquí donde se construyen la realidad (Lamas, 1996). En ese contexto, las entrevistadas durante su estadía en el HSMT construyeron y simbolizaron su nueva realidad de genérica.

Durante la transformación de su cotidianidad, cuatro de las entrevistadas pasaron del ámbito privado (doméstico) donde se desarrolló gran parte de su vida, a un espacio restrictivo, cerrado, dentro de una institución disciplinaria con reglas y actividades fijas. A pesar de esa

modificación, en ellas hubo un deseo de apropiarse de esa cotidianidad y permanecer el mayor tiempo posible dentro de este lugar, ya que, el contexto en el que vivían era un espacio muy violento. Por ejemplo, lo relatado por **C**

Al llegar ahí sentí miedo, no quería que nadie me hiciera daño, luego he escuchado que las mujeres locas son muy agresivas y que te pueden golpear, pero una vez dentro, ya no quieres salir, no quieres ver la cara de esa persona que te ha hecho daño, solo quieres estar todo el tiempo que se pueda para que nadie más te maltrate, ahí todos te cuidan (C, entrevista, 2016)

C, habla de maltratos porque su esposo al estar fuera del internamiento la golpea, y el hospital para ella era un lugar seguro, lejos de su marido. No solo hay un deseo de permanecer en el interior, sino que el hospital psiquiátrico representa vías de escape, u opciones de asilo, sirviendo como un lugar para huir de los contextos precarios en los que se encontraban. Pues en este lugar los enfermeros las cuidan, tienen techo, comida, medicamento (Guatari, 1998). Como lo expone **M**:

Gracias a dios llegue al Hospital de la Salud Mental, después de que mis hijos me sacaron de mi propia casa, estuve mucho tiempo en la calle, pase meses, días, no sé, pero fue algo muy desagradable, sobre todo por ser mujer, un hombre como quiera se sabe cuidar y los demás lo respetan, pero una como mujer si corres mucho peligro (M, entrevista, 2016)

El internamiento modifica las subjetividades de las mujeres, quienes experimentan, viven y manifiestan de manera particular la enfermedad y la salud. Pasando de tener significados de ser mujer como aquellas que cuidan del esposo o los hijos a ser las que necesitan ser cuidadas y protegidas.

En relación con el ámbito privado. Cuatro de las entrevistadas relataron tener empleos antes del internamiento psiquiátrico, es decir, a diferencia de las amas de casa, éstas se encontraban en el orden del trabajo remunerado. Aunque eran trabajos precarios e informales. Como se muestran en los testimonios de **K, G, A, P, J**

Trabajo en la maquila por diez horas, me pagan mal, pero por lo menos ya no he dependido tanto de mis familiares, además controlo las voces en mi cabeza, mantenerme ocupada, ganar un poco de dinero (J, entrevista, 2016).

Era de intendencia en una primaria que se encuentra en la 5 y 10, si sabes no, de lunes a viernes me tocaba limpiar los salones por la mañana (G, entrevista, 2016)

Antes de enfermarme trabajé en una cocina comedor y como recamarera, me gustaba más estar como recamarera, porque no estás así con mucha gente (K, entrevista, 2016)

Mi trabajo, o bueno, los trabajos que he tenido, uno de ellos, el que recuerdo, era que trabajaba en una fábrica, tenía un horario bien fuerte, no daba tiempo para nada (A, entrevista, 2016)

La vida pública de las cuatro entrevistadas se vio afectada por los primeros síntomas de enfermedad mental, por lo que tuvieron que dejar sus trabajos e incorporarse a la esfera privada, lugar de las labores domésticas, de esa forma las cuatro comentan que al cambiar de contexto hubo un malestar por lo cotidiano del hogar.

No me gusta que mis compañeros de trabajo se enteraran de que estoy enferma, no sé quién les dijo, pero se burlaban de mí, después de un tiempo deje de ir a trabajar, me sentía mal, me sentía deprimida, mejor de quedaba en casa (J, entrevista, 2016)

Porque me enfermé por eso dejé mi trabajo, comencé con ideas sobre que me querían matar, no me sentía segura, un día no quise levantarme (G, entrevista, 2016)

Mi mamá se desesperaba, no podía trabajar, no podía ayudarlas económicamente, pensaban que no tenía nada, que era por floja que no podía levantarme, pero no era así, de verdad, estaba mal (K, entrevista, 2016)

Comencé con eso de los delirios otra vez, y otra vez a la tomadera, por eso no podía mantener trabajos estables, si soy una enferma mental ¿cómo me piden que trabaje? (C, entrevista, 2016)

En los relatos se manifiesta, por una parte, el estigma que sufren las personas que padecen enfermedades mentales, las ven como incapaces de realizar actividades o trabajos serios, como en el caso de **J**, quien comentó que en su nuevo trabajo como empleada en una fábrica no quiere que alguien se entere de su condición de enfermedad, por sus experiencias pasadas, sabe que pueden burlarse de ella, e inclusive correrla de su trabajo. En el caso de **G**, a pesar de hacer evidente sus deseos de querer superarse, la condición de esquizofrénica no le ha permitido encontrar un buen trabajo, además que tiene malas referencias al haber abandonado sus trabajos anteriores. **K** y **C** se reconocen como discapacitadas, por lo que tener trabajo estable no es posible para ellas.

Para concluir este apartado, cabe remarcar que las dimensiones de ser mujer están marcadas por los significados y prácticas en el ámbito privado y público, que han configurado la subjetividad de las entrevistadas, estos espacios se han visto afectados por la enfermedad mental. En ese marco, la subjetividad de las se traza entre lo público y privado, entre enfermedad y salud, entre estar internas y estar fuera.

5.3. Sexualidad: como dispositivo de control

Un punto muy importante para el análisis de la subjetividad es la sexualidad, entendida para este estudio como una elaboración psíquica y cultural sobre los placeres de los intercambios corporales. Construida discursivamente, regula mediante prohibiciones y sanciones que le dan forma y direccionalidad. Gran parte de las entrevistadas, tenía reservas de hablar conmigo sobre el ejercicio de la sexualidad en el interior, sobre todo dos que se consideran asexuales. Algunas con pena, apenas podían pronunciar la palabra sexo, o masturbación. Ruborizadas, relataban como habían visto que, al caer la noche, dos de sus compañeras compartían camas y caricias. Los personajes de sus relatos, casi siempre eran terceras personas, ellas no eran las protagonistas, ellas eran las espectadoras, que silenciosamente escuchaban y veían, sombras moverse bajo cobijas.

Yo no, nunca me metí con alguien, tampoco supe de abusos de los cuidadores para con nosotras. Lo que luego si me tocó ver fue a dos compañeras que eran como lesbianas, besándose, bueno no se veía porque ya era madrugada, y porque me cuesta dormir pues si se escuchaba que se besaban o algo así (E, entrevista, 2016)

El relato de E, nos lleva a un punto distinto del que se había planteado, el cual, era ver si los cuidadores abusaban de ellas, sus palabras nos sumergen en otro camino, que tiene relación con los afectos que las internas se proporcionan. Dos de ellas hablaron abiertamente de que cuando nadie las vigila prefieren compartir cama con sus compañeras, aunque, no hablaron explícitamente de realizar alguna práctica sexual con éstas. Comentaron que lo hacían porque no querían estar solas, ya que, al estar con otra persona en cama, es mejor que estar sola.

Pues no te entiendo, eso de cómo viví mi sexualidad, yo he dormido con mis compañeras, pero en el sentido de estar a su lado, abrazarlas, darnos cariño, algo que te hace mucha falta, y que no tienes porque estás encerrada, tonces cuando nadie te ve pues te vas a la cama de tu compañera y la abrazas, así ya no te sientes sola (K, entrevista, 2016)

Por las noches cuando no te sientes con ganas de dormir por el medicamento, pues me gustaba platicar con mis compañeras, cuando todos se iban a dormir incluso una que es como mi hermana se metía a mi cama y me daba besos, pero era como mi hermana (Y, entrevista, 2016)

Tanto K como Y nos mencionan la necesidad de afecto y contacto con persona. Sin embargo, estos actos de apoyo y consuelo entre compañeras, eran vistos como actos transgresores que las otras internas debían reportar, tres de los relatos destacan el hecho de que, si sus compañeras ejercían su sexualidad con sus pares de dormitorio, era algo que estaba mal, algo que debía ser castigado. En ese sentido, se puede pensar como la mirada panóptica de la institución psiquiátrica y del dispositivo de la sexualidad heteronormativa, se ha introyectado en las entrevistadas, de tal forma que ellas sean las propias vigilantes, que solo conciben la fórmula mujer+ hombre, y lo demás lo ven como desviación.

5.4. Ser mujer es no ser como mi madre: significados de la maternidad

La maternidad es otra parte de la sexualidad, se define como una construcción multideterminada, cruzada por discursos y prácticas sociales, condesados en un imaginario complejo y poderoso que al mismo tiempo produce y resulta en género (Palomar, 1995). La maternidad de las entrevistadas es una dimensión que se ha visto afectada por el proceso de salud-enfermedad que han vivido. Dentro de los relatos de tres de las entrevistadas se muestra que en el internamiento existieron temores de perder a sus hijos, de no verlos nunca más. En ese sentido, se produce una transformación en la subjetividad, modificando la forma de relacionarse y de ser mujer con su entorno. Como se expone en los siguientes fragmentos

Ser madre significa no ser como mi mamá, que abandonó a sus hijos a su suerte, que no le importó que a una de sus hijas la violaran. Por eso yo no quiero ser como mi madre, cuando estaba dentro, tuve miedo de perder a mis hijos (Y, entrevista, 2016)

Lo que más me aterraba de estar dentro era la idea de jamás poder salir, de quedarme de por vida en ese lugar, sin poder ver de nuevo a mis hijos. Ahí fue cuando me di cuenta de que estaba sola (C, entrevista, 2016)

Lo que no me gustaba de estar dentro, era la idea de no ver más a mis hijos, no podría vivir con esa idea (G, entrevista, 2016)

En el primer fragmento se muestra que, el sentido que Y, le atribuye a la maternidad se relaciona con la figura de su madre, la cual, desde su perspectiva representa la imagen de una mala mujer, al permitir los abusos sexuales que Y sufrió por parte de su padre, que la posicionan como cómplice de su pareja, por lo tanto, como una mala madre. Por lo que, ella no quiere ser como su madre. En el segundo caso C, relata que el significado de ser madre trae consigo el no quedarse sola, ya que tiene la idea de que los hijos cuidan para siempre de los padres. Por último, G, menciona el temor de no ver a sus hijos, a pesar de que comenta que no le gusta que la vean cuando se encuentra en momentos de crisis, el estar lejos de ella, le ocasiona malestares-

El internamiento implicó el pasar periodos lejos de los familiares, por lo que, las mujeres que son madres deben dejar el cuidado de sus hijos a otras personas, viven una maternidad que puede considerarse como ausente. En dos fragmentos de las entrevistas se muestra la forma en que las mujeres durante su estancia en el hospital enfatizaron sentimientos de haberles fallado a sus hijos, en ese sentido, las entrevistadas se auto-perciben como madres ausentes, como malas madres, lo cual ha marcado su subjetividad femenina. A pesar, de reconocer que es mejor tratar sus padecimientos para que de esa forma puedan estar lo mejor posible para sus hijos, les afecta cuando estos no las visitan.

Mis hijos nunca me fueron a ver, creo que, porque no querían verme así, ahí en el hospital, mis familiares no querían llevarlos, ya luego cuando son jovencitos tampoco fueron, los extrañaba y no iban a verme, es porque soy una mala madre, una madre que no ha estado para ellos por estar enferma, que diosito me perdone (G, entrevista, 2016)

Me siento mal por haber abandonado a mis hijos pequeños porque, estuvieron desprotegidos, como quiera el marido pues se va, llega otra y se lo lleva, pero mis hijos que no se vayan, que no me dejen, creo que es lo más difícil de ser madre, haber estado lejos de ellos por estar en el hospital (A, entrevista, 2016)

Culturalmente se ha posicionado a la mujer que decide ser madre, como aquella que debe estar al cuidado de los hijos, cuando esta falla se le critica, pero tiene la posibilidad de estar con ellos si así lo desea; sin embargo, los relatos muestran que la condición de enfermedad y el contexto de internamiento para las mujeres entrevistadas les ha valido el olvido por parte de sus hijos, y en algunos casos han sido sustituidas por sus parejas. Como en el caso de **P**

Mi esposo me dejó por otra, cuando empecé a delirar, y a decir cosas, y a ser muy agresiva. Se alejó de mí, luego cuando me trajeron al hospital pues peor, nunca vino a verme, se consiguió a otra, por eso yo soy separada, divorciada sepa cómo se le diga (P, entrevista, 2016)

A su vez, el hecho de ser madres ausentes también les ha generado sentimientos de culpa de una entrevistada, que relatan que se sienten culpables por dos hechos relacionados con la

maternidad, por una parte, por haber abandonado a sus hijos, y por otra por haber decidido ser madres.

Si yo hubiera sabido que me iba a enfermar mejor no tengo hijos. El doctor me dice que es algo que se hereda, yo no quiero que mis hijos sufran como yo, como también sufrió mi madre, por eso no puedo estar con ellos, mejor me alejo (G, entrevista, 2016)

Desde los discursos psiquiátricos los hijos de las personas que son diagnosticadas con algún trastorno mental tienen una predisposición genética a adquirir algún padecimiento mental (Ussher, 1999). En ese contexto, **G** manifestó tener miedo de haberles transmitido “el mal” a sus hijos, por lo que decidió ya no tener más hijos. Lo cual es un claro ejemplo que como la biopolítica se apropia del alma y los cuerpos de las entrevistadas, para controlar la población indeseable.

5.5. . Formas de adaptación

Las formas de adaptación que desarrollaron las mujeres entrevistadas tienen relación directa con la composición espacio-temporal de la institución psiquiátrica. Como se explicó en el capítulo cuatro, las disciplinas en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, se valen de dos espacios principales para ejercer control y vigilancia; los dormitorios y los patios. En ese contexto, surgen dos procesos adaptativos de las mujeres entrevistadas, el primero se relaciona con la reapropiación del espacio en el interior, el segundo con la reorganización de las actividades ofrecidas por la institución.

5.5.1. La reapropiación del espacio: los dormitorios y los patios

El dormitorio es el sitio en el que las entrevistadas pasaron mayor parte de su tiempo durante el internamiento, por ende, fue uno de los primeros espacios de los que se reapropiaron, en los relatos de seis de las entrevistadas se remarca que el dormitorio a pesar de ser compartido por otras mujeres, fue un sitio de paz y tranquilidad, para ellas fue como un nuevo hogar. Como lo manifiestan **K y E**

¿Lo que más me gustaba del hospital? mmm, a mí me gustaba mi dormitorio, cuando es de noche uno, se siente tranquila y en paz, cuando es de día igual, la cama estaba bien cómoda, dormías muy bien (K, entrevista, 2016)

Lo que más me gustaba era el dormitorio, era como un hogar, bueno toda la institución, pero más el dormitorio, ahí lo tienes todo, una cama calentita, a tus amigas, gente que cuida de ti, qué más puedes pedir, dime tú (E, entrevista, 2016)

Los relatos de estas seis mujeres ponen en evidencia que la reapropiación del espacio incluyó la colocación de cosas simbólicas en las paredes de su cama, los cuales eran referentes del exterior, entre estos se incluían: recortes de revista, fotografías, cartas de su familia, dibujos de sus hijos. De esta forma, su estancia en el dormitorio les permitía mantener el contacto con aquello que dejaron fuera, por lo que el proceso de adaptación fue más ameno.

Lo más difícil de estar internada fue estar lejos de mis hijos y de mi esposo, que él sufría al no estar yo a su lado, por eso cuando ingresé al hospital, llevé fotos y los coloqué en la pared, para no olvidarlos (A, entrevista, 2016)

Sin embargo, en los procesos de adaptación también se presentaron vicisitudes, debido a que, las entrevistadas compartían habitación con hasta nueve mujeres, ocho de las entrevistadas relatan que los primeros días de internamientos son los peores, ya que debían cuidarse de las compañeras de cuarto, pues muchas les robaban sus cosas, por lo que, tenían que vigilar y tener una lista de las cosas con las que contaban. Para ejemplo, lo expuesto por L:

Creo yo que lo más difícil del encierro es cuando llegas, no conoces a nadie y por lo mismo como que te da miedo que te hagan algo, al llegar yo no conocía a las muchachas, y como yo llevaba unas cosas de mi casa, una por una fueron desapareciendo, me las robaron, pero luego vas conociendo a las muchas y ya no te hacen nada (L, entrevista, 2016)

También debieron adaptarse a una vida de poca privacidad, ya que, los dormitorios eran compartidos por varias mujeres, la forma de adaptación fue por medio de reapropiarse de un

propio espacio dentro del dormitorio, es decir, el lugar donde estaban sus camas, la pared, y un pequeño mueble donde guardaban cosas. Habría que decir también, que al reconocer que cuentan con un pequeño espacio “propio” dentro de la institución las hizo respetar los espacios de las demás internas. Como lo comenta M:

Había otro dormitorio de las mujeres, ahí estaban muchachas más mal físicamente, nunca entré ahí porque tenemos que respetar las áreas y no incomodar a las demás pacientes, cada quien en su espacio y así todos felices (M, entrevista, 2016)

El convivir con las compañeras de dormitorio también forma parte de un proceso adaptativo, a pesar de que, como se mencionó en el capítulo cuatro, los medicamentos suministrados por la noche impedían que las entrevistadas pudieran hablar con sus pares, había momentos donde podían socializar y conocerse, formando lazos afectivos y de ayuda, que contribuyó a que pudieran adaptarse al encierro. Esto se ve reflejado en el relato de Y:

Lo que más me gustó de estar internada fue que conocí mucha gente, hice muchas amigas, que son como mis hermanas, entienden lo que yo he pasado, y me quieren, yo también las entiendo y las quiero (Y, entrevista, 2016)

El dormitorio fue el primer espacio del que se apropiaron las mujeres en su proceso de adaptación al internamiento, pero también es un espacio de resistencia, ya que es el sitio de mayor vigilancia y control por parte de la institución. Los relatos demuestran que las entrevistadas pudieron por momentos transformar ese lugar en un espacio de fuga, el cual por pequeños periodos se encuentran regidos por reglas propias (De Certeau, 1990) Como ilustra el caso de G:

En el dormitorio muchas veces sucedían cosas que para qué le cuento, todo con respeto verdad, pero si me tocó ver como se tocaban unas compañeras cuando ya los guardias no, nos vigilan, cuando se van pues si como que pudimos hacer lo que sea (G, entrevista, 2016)

Se debe mencionar que, los patios fueron espacios de los que las entrevistadas también se reapropiaron. La función de los patios según la normatividad institucional es que sean espacios usados por las internas como lugares recreativos con el fin de ejercer un desarrollo físico para su bienestar. Las diez mujeres entrevistadas concuerdan que los fines de uso de estos espacios son las reuniones con otras internas, pláticas y lugares donde no haces mucho. Por estas situaciones el patio también es un lugar que las entrevistadas hicieron suyo en momentos en los que la institución no planeaba actividades. Como lo relata L:

El patio central es mixto, ahí te puedes sentar en el pasto, convivir con tus amiguitas, con los compañeros, aunque algunas veces no te hablan, te puedes sentar en las bancas, ves pasar el tiempo, no haces mucho (L, entrevista, 2016)

Los patios ayudaron a que las entrevistadas se adaptaran al entorno hospitalario reapropiándose de dicho espacio, en este lugar tuvieron un uso más libre de sus movimientos y lenguaje, que usualmente es controlado por los empleados de la institución, también, es un sitio donde pueden descargar sus frustraciones, corriendo, gritando, es un espacio de poco control.

En definitiva, el internamiento, puede presentarse como un momento de tensión, pero, una vez que las entrevistadas realizaron y se apropiaron de su cotidianeidad convirtiéndola en algo rutinario, el nosocomio representó para ellas, un nuevo hogar, donde se puso fin a los malestares que les aquejaban en el exterior. Para tres de ellas el internamiento es un lugar de resguardo de la violencia masculina de la que fueron víctimas

5.6. Las resistencias femeninas en el interior

Para analizar las formas de resistencia realizadas por las entrevistadas resulta provechoso tomar como punto de partida los planteamientos desarrollados por Judith Butler sobre los actos performáticos. Para la autora el género se conforma en la repetición y los modos de actuar, a su vez, el género tiene una manifestación y expresión dentro de las normas institucionales que lo condicionan a definirse en un sentido u otro (Butler, 2007). Se plantea que las lógicas disciplinarias repetitivas de la institución psiquiátrica contribuyeron a que las entrevistadas performaran resistencias propias de la subjetividad femenina. Se localizan tres formas de

resistencia elaboradas por las mujeres entrevistadas durante su estadía en el interior, las cuales son: pasivas, individuales y grupales.

5.6.1. Las resistencias pasivas

Las resistencias pasivas, en este estudio son aquellos actos ejercidos por las internas que no tienen relación con el uso de violencia física, se usan otros mecanismos para expresar este tipo de resistencias. La primera forma de resistencia pasiva que se encontró en los relatos de siete de las diez entrevistadas fueron los reclamos, si bien la mayoría menciona que el trato recibido por parte de la institución fue el ideal, hay puntos en los que sale a la luz la existencia de pequeñas quejas, que pudieron ser vistos por la institución como puntos desestabilizadores del disciplinamiento. Como lo ilustran los siguientes tres relatos:

A mí me gustaba todo del hospital, no hay algo que no me gustará, aunque, cuando iba con la psicóloga si le comentaba que la comida muchas veces no me gustaba, también a los enfermeros les decíamos de la comida que algunas veces era mala (Y, entrevista, 2016)

Como te comenté yo no tengo una buena imagen del hospital, a pesar de que, me quejaba que el medicamento no era el indicado para mí, los psiquiatras no me hacían caso, me seguían dando lo mismo (J, entrevista, 2016)

Lo malo del hospital es que luego te ponen pasantes a que te atiendan, te acostumbran a tu psicólogo y de repente te ponen a una muchachita joven que apenas va a acabar la carrera (L, entrevista, 2016)

La queja es una forma sutil de resistencia, aunque, los relatos de cinco entrevistadas mostraron que, a pesar de quejarse con los encargados sobre asuntos relacionados con la comida, talleres, espacios, etc. Estos se mostraron indiferentes y muchas veces no les hicieron caso, es decir el quejarse no resolvió sus problemas, sí fue una resistencia que les permitió sacar sus frustraciones y malestares.

Otra de las formas de resistencias pasivas son las burlas, estas son resistencias indirectas y no buscan un cambio en los tratos institucionales como los reclamos, por los relatos de las entrevistadas ubicamos estas resistencias en las referencias de los apodos de los enfermeros o psiquiatras que las atendieron. Este tipo de resistencia es una manera pasiva de ejercer una crítica hacia la institución, pues los apodos destinados a los enfermeros o psiquiatras tienen relación con los tratos recibidos por estos. Al respecto dos de las entrevistadas relatan:

Los tratos por parte de los enfermeros bien, no sé cómo se llama el enfermero que nos atendía era buena onda, pero muy enojón, por eso mis amigas y yo le llamábamos el enchilado, era un muchachito muy joven y todo, pero cuando lo veíamos si luego, luego empezamos entre nosotras a decir ahí viene el enchilado, nos reíamos mucho, pero nunca le dijimos nada a él (A, entrevista, 2016)

Me llevaba bien con todos, nunca tuve problemas, solo una vez que fui con la psicóloga que le llamaban la Barbie, tenía su cara bonita, pero como que no más nos tiraba de locas (M, entrevista, 2016)

5.6.2. Resistencias individuales

Las resistencias individuales tienen que ver con las manifestaciones de autonomía que se ejercen y construyen en los distintos talleres impartidos en el interior. Por medio de estos talleres las entrevistadas pudieron tener un punto de fuga que escapa al control institucional, las diez entrevistadas relataron asistir a una actividad en las que destacan el taller de pintura, agricultura, baile (zumba), joyería y escritura. Podemos pensar que, estas prácticas concuerdan con el modelo de “ajustes secundarios” planteados por Erving Goffman, los cuales son vías que el individuo usa para apartarse del rol y del ser que la institución daba por sentado en su respecto (Goffman, 1972). El taller de pintura les ofreció a las entrevistadas la oportunidad de realizar obras en donde su subjetividad se escapa por medio de la expresión artística. Para ejemplo, lo que menciona **K** y **A**

Bueno, pues me gusta mucho la pintura porque ves formas, colores y también usas tu cerebro no sé, me gusta mucho pintar, también me gusta joyería, me gusta diseñar joyas, no sé, pero me gusta más el dibujo por o sea tengo ideas y las plasmo. Es como si te sientes mal tienes contigo misma puede ir a pintar, lo que sea que se te ocurra, puedes pintar de tus malestares, tristezas y dolores, es un taller que me ayudó mucho en mis periodos de enfermedad (K, entrevista, 2016)

Ah sí es que somos muy sensibles para eso, para la pintura, o bueno las maestras nos dicen eso, que según tenemos como un don, que según por nuestra enfermedad podemos pintar mejor, que podemos hacerlo mejor que la gente que no está enferma, yo no sé la verdad, yo lo hago porque me relaja y puedo embarrar lo que siento, por eso lo hago. Como más o menos, como esa pintura. Hacer ese tipo de pinturas porque ya no me llama la atención, me llama más la atención el embarrarme todo ahí con la pintura agarrar y embarrarla a las hojas. Ahorita ahí tengo una pintura ¿ya te la enseñé creo no? (A, entrevista, 2016)

Al taller de pintura y joyería tuve la oportunidad de asistir como observadora, pude notar varias cuestiones, la primera, sobre cómo se desenvuelven las mujeres cuando tienen estos pequeños puntos de fuga, la segunda, es el trato que reciben por parte de las dos psicólogas encargadas de proporcionar el taller. Comenzaré por la primera, el taller tiene como propósito según me comentaron las entrevistadas, servir como terapia de rehabilitación motriz, ya que algunos medicamentos suelen incidir en la capacidad motriz del cuerpo de las internas. Lo que observé es que, al inicio del taller, cada interna toma sus materiales y realiza lo que se le ocurra. Ya sean garabatos, líneas, círculos, casas, no hay reglas sobre lo que pueden o no pueden rayar, pintar o dibujar. Algunas lo hacían muy bien, otras solo se dedicaban a hacer líneas sin propósito aparente. Todas las que se encontraban presentes, se veían alegres, con deseos de continuar el taller, que tenía una duración de una hora.

Las psicólogas que al principio parecían indiferentes, porque desde mi mirada, al no darles instrucciones a las mujeres del taller era como ignorarlas, poco a poco vi que su interés no era por instruir a las asistentes en el “arte” del dibujo o pintura, sino, tenían el propósito de que las internas ejercitaran sus manos, su cabeza, su cuerpo, por medio de agarrar bien el lápiz, o hacer líneas. Al hablar por un momento con una de ellas, le pregunté cómo un acto espontáneo, sobre lo que sentía al trabajar aquí, ella con una sonrisa en la boca dijo: “Es mejor trabajar con estos locos, que con los que están afuera, éstos no son peligrosos, los de afuera sí”. Sus palabras me confundieron un poco, por lo que continué con mi observación.

A partir de mi observación, parece pertinente mencionar, que estos espacios, de libertad, son benéficos para las mujeres, ya que, aunque, el propósito principal tenga que ver con la rehabilitación del cuerpo, el alma también se beneficia. En los talleres como dibujo o joyería se rompe con la rutina en la que se desenvuelve la mayor parte de la vida en internamiento, les permite socializar con otras internas, y les permite un punto de fuga para expresarse pintando, dibujando, construyendo. A continuación, se muestran algunas de las pinturas realizadas por las internas, fotografías tomadas durante la observación en el trabajo de campo

Fotografía 5.1 Taller de pintura



Fuente: fotografía tomada durante el trabajo de campo

Fotografía 5.2 Taller de pintura



Fuente: fotografía tomada durante el trabajo de campo

Fotografía 5.3 Taller de pintura



Fuente: Fotografía tomada en el trabajo de campo

Fotografía 5.4 Taller de pintura



Fuente: fotografía tomada durante el trabajo de campo

Fotografía 5.5 Taller de pintura



Fuente: fotografía tomada durante el trabajo de campo

Fotografía 5.6 Taller de pintura



Fuente: fotografía tomada durante el trabajo de campo

Así mismo, el taller de escritura les ayudó a cinco de las entrevistadas a salir del contexto institucional, a través de las cartas elaboradas para sus esposos, hijos o familias. Las cuales pueden ser vistas como testimonios de su vida en el encierro, narrando incidentes, y la ayuda que han recibido por parte de sus compañeras, el médico, psiquiatra, enfermeros etc. Por medio de este taller, las cinco entrevistadas pudieron hablar acerca de lo no dicho del contexto institucional. La escritura funciona como una manera de libertad y resistencia.

Estar en el taller de manualidades y escritura me gustaba mucho, porque me gustó hacer flores y porta-retrato, títeres para mis hijos, pero sobre todo me gustaba porque podía hacerle cartas de amor para mi esposo, eso me alegraba más porque así podía expresar mis sentimientos (C, entrevista, 2016)

El taller de escritura era lo que más me gustaba, aunque no podía mandarles cartas a mis hijos o mi madre porque ellos no me quieren, pues me ayudaba a ponerles que me sentía mejor, de las amiguitas que he hecho. También, les escribía que los perdonaba por todo lo que me hicieron, que nos les guardo rencor, no sé si las maestras se las entregaron, ojalá que sí (M, entrevista, 2016)

Lo relatado por C, expone que el escribir sus sentimientos y realizar cosas para sus hijos, contribuye en su salud emocional. Mientras que, para M, el taller le ayudó a expresar sentimientos que tuvo guardados por mucho tiempo, todo aquello que no ha podido decirles a sus familiares, lo ha escrito, y a pesar de que no sabe si éstos reciben las cartas, a ella le ayudó de alguna manera a sentirse en paz.

En síntesis, los talleres de dibujo y escritura sirvieron para que las entrevistadas tuvieran pequeños puntos de fuga, fueron espacios en los que se pudieron colocar en situaciones que escapen de la vigilancia y disciplina de la institución. Les permite tener un espacio de reflexión y distanciamiento de las normas de institución, así como de su vida que está marcada por vicisitudes y malestares, también. los talleres les proporcionan herramientas que les permiten reformular sus experiencias en el interior.

5.6.3. Resistencias grupales: hermanas enfermas

Me gana la emoción al hablar de mis compañeras de cuarto, perdone por alargar mi relato, pero las quiero mucho, desde que llegué hice amigas, ya le he contado de tres, pero me falta hablar de muchas compañeras, amigas, hermanas enfermas.

-Y, interna del HSTM

Tomando el modelo propuesto por Sara Makoswki (1991) que nos habla acerca de que la subjetividad femenina la funda el modelo de hermandad, en el que en situaciones de mucha proximidad las mujeres se construyen como hermanas, relacionándolo con la performantividad propuesta por Judith Butler, se plantea que, dentro del espacio estudiado, las 10 mujeres entrevistadas construyeron resistencias grupales. Las resistencias grupales performan subjetividades e identidades de mujeres en condición de vulnerabilidad, a las que fueron expuestas por las disciplinas institucionales.

Las resistencias grupales son los grupos de ayuda, que surgían cuando otras internas no podían realizar alguna actividad dentro de los talleres por su estado de salud, por lo que algunas mujeres relatan que les ayudaban a bailar o a realizar algún ejercicio, pues para ellas, eran como sus hermanas.

Lau era como mi hermana, la pobre no podía valerse por ella misma, compartíamos dormitorio, desde el inicio me acompañó a todas partes, yo y Cati éramos las que la llevaba a los cursos, ahí las tres solitas nos apoyábamos, cuidábamos que nos pasara nada, era como mi familia (Y, entrevista, 2016)

Los grupos de apoyo también se formaban cuando ingresaban nuevas compañeras. Varias de las entrevistadas relataron que los primeros días de internamientos son los más difíciles, las nuevas internas se sumergen en estados depresivos, que las incapacita, por lo que, el grupo de apoyo ayuda a las nuevas internas a adaptarse al contexto institucional. A su vez, las auxilia en sus acciones cotidianas, en ese sentido, el apoyo es una forma de que las nuevas internas sean parte de la hermandad que han formado.

Ana era una muchacha que cuando ingresó no podía sostener ni la cuchara de lo que temblaba mucho, ella tenía depresión posparto, era algo difícil su situación porque no podía ni bañarse sola y nosotras Alma, Lulu, Laura y yo la ayudábamos a que dejará su miedo y ya no se moviera tanto, de hecho, arrastraba un pie y poco a poquito Ana se fue valiendo por si misma (E, entrevista, 2016)

Esta experiencia de solidaridad femenina relatada por E, muestra la empatía que sentían por Ana, una mujer que había sido madre, lo que le ocasionó depresión posparto, algo que como mujeres comprendían. La solidaridad femenina permite entender como en las diversas circunstancias vividas por las entrevistadas se consolidaron actos de resistencia grupal en las que la enfermedad y malestares son elementos que permitieron una identificación y la creación de lazos de género. Los cuerpos de las entrevistadas pasaron por periodos de dolor y malestares de una vida en el encierro, por tanto, los grupos de ayuda contribuyeron en la transformación de cuerpos que puedan actuar y en consecuencia porten significado. El actuar de manera colectiva puede verse como una estrategia de supervivencia en el interior. Ejemplo de ello es el relato de K:

Cuando se murió Rosa, yo no supe porque, los enfermeros no me dijeron nada, ella estaba muy malita, yo fui la culpable, dios mío que me perdoné, yo le hice muchas cosas, ahora que hablo contigo me arrepiento de todo, pero yo no la podía amar como ella quería. Cuando se murió mis amigas del dormitorio me apoyaron, se solidarizaron conmigo, porque la verdad fue un golpe muy duro el que de un día para otro se haiga muerto, y pues yo no sabía qué hacer, me empecé a deprimir mucho, pero siempre estuvieron a mi lado como una familia (K, entrevista, 2016)

Es importante, destacar el hecho de que al salir del internamiento los lazos grupales que las entrevistadas desarrollaron continuaron. Lo que nos ayuda a plantear de qué forman operan las resistencias grupales en el exterior, para ello tomamos el caso de las reuniones y protestas a las que asistieron la mayor parte de las mujeres entrevistadas, para solucionar los problemas ocasionados por la cancelación del Seguro Popular. Partiendo de ahí, colocamos a este tipo de actos performantivos como potencias que elaboraron las entrevistadas posicionándolas como sujetos políticos, en el significado político de la organización que sobrelleva a la lucha por los derechos de salud pública.

En resumen, los procesos de resistencia elaborados por las entrevistadas son acciones que sostienen procesos subjetivos, muchas de estas acciones no provocaron cambios significativos en el poder disciplinario institucional, pero fueron formas elaboradas por las entrevistadas para sacar frustraciones y malestares que experimentaron durante el encierro. Las resistencias grupales, son estrategias que buscan modificar contexto de vulnerabilidad social en las que se las han colocado, en un sentido político de lucha por los derechos de salud mental

CONCLUSIONES

Para las conclusiones generales, he optado por dividir las de la siguiente manera: 1) se presentan los principales hallazgos del trabajo de campo; 2) se hace una reflexión sobre el tema abordado y se responde la pregunta de investigación; 3) se señalan elementos de la hipótesis; 4) se comentan los aportes de la investigación a la discusión teórica planteada; 5) se presentan las recomendaciones finales.

1) Hallazgos principales

En los planteamientos iniciales de la investigación se había esbozado a la institución como un sitio de disciplinamiento y control, que configuraría almas dóciles (Foucault, 1998), lo cual trazaría en gran medida el curso de este trabajo. Conforme fue madurando el estudio, y con ayuda de los relatos de las entrevistadas, se puso de manifiesto que, el estudio de la subjetividad en un contexto de internamiento, va más allá de la disciplina y el control que ejerce la institución psiquiátrica. La configuración de subjetividades, por lo tanto, presenta quiebres, fracturas. Es un constante ir y venir, donde las entrevistadas negocian estas fisuras entre el género y el sexo, entre los discursos y las prácticas.

Se encontró además que, la disciplina y el control de las entrevistadas sucedió en el control del tiempo y de los espacios, por medio de actividades propuestas en el “cronograma de actividades” de la institución psiquiátrica. Las actividades se desenvolvían en dos espacios. Un espacio interior que corresponde a los dormitorios, comedores, consultorios y talleres ocupacionales, y un espacio exterior, que incluye los patios y la zona del huerto. Además, el control se ejerció por medio de la medicalización de las pacientes. Cabe recalcar, que el medicamento, más allá de ser un mecanismo de control que la institución utiliza para tener dominadas a las mujeres (Ussher, 2003), para todas las entrevistadas fue una manera benéfica de mantener el control de sus crisis, malestares mentales y emocionales, por lo que, es un recurso que fue necesario para ellas.

Respecto a los llamados agentes punitivos (Foucault, 1998), presentados en el inicio como agentes regulares, se encontró que, más allá de ejercer mecanismos de control y castigo,

estos contribuyeron al cuidado y atenciones que las internas necesitaron en momentos de malestar. Es por ello que, se propuso los términos de curadores y cuidadores. En ese sentido, se le quita el peso de la palabra “punitivo”, ya que las palabras significan (Austin, 1962). Por lo que, proponer estas dos figuras, posibilitó, pensar otras formas en las que operan los médicos, psiquiatras, enfermeros, etc. Como personajes que son centrales en un contexto de internamiento. Se encontró por otra parte, que el modelo de la psiquiatría en el HSTM maniobra bajo la forma del modelo medico hegemónico (Menéndez, 1998), por lo que, se pone en evidencia que sigue existiendo una separación entre el cuerpo y el alma, es decir, los psiquiatras ponen más peso en los malestares del cuerpo, que en las problemáticas que han marcado el alma de las entrevistadas. Aunque, hay psicólogos y psicólogas que son los que se encargan de escuchar las vicisitudes de las entrevistadas, al presentarse cambios constantes de este personal, no permite que exista una conexión entre el cuerpo tratado por los psiquiatras y el alma tratado por los psicólogos o psicólogas.

Otro de los hallazgos, fue la presencia de espacios de goce, a los que denominé como espacios de placer, lo cual es relevante, ya que, desde la perspectiva de Foucault (1998), se propone a la institución psiquiátrica solo como un espacio punitivo, sin embargo, las entrevistadas mencionaron la existencia de otro tipo de espacios. Localizados en la sala de uso múltiples y la zona de huerto. Ambos espacios son lugares en los que las internas desean poder acceder, ya que, les proporciona placer, por lo que, funcionan como recompensas, que se encuentran en constante negociación (Butler, 2008), entre las normas establecidas por la institución y las internas.

Estas recompensas fueron de provecho para las entrevistadas, les proporcionaron espacios de confort. Por ejemplo, la sala de usos múltiples permitió que las internas tuvieran contacto con la realidad exterior, por medio de mirar los programas de televisión. El huerto fue un lugar de placer, que además contribuyó en la manera de percibirse, de personas discapacitadas, a mujeres que pueden hacerse cargo de tareas, como el cuidado de diversas plantas.

Al mismo tiempo, se hicieron visibles los mecanismos de castigos que se ejercen en el internamiento, aunque, las entrevistadas comentaron que nunca han sido golpeadas, lo cual contrastaría la idea de Foucault, sobre que en estas instituciones disciplinarias existen castigos físicos (Foucault, 1998), (aunque el uso de la fuerza es necesaria algunas veces, para controlar a los pacientes violentos), existen castigos de otro orden, de orden simbólico, o en otras palabras,

pasan por la esencia de ser mujer, es decir, se ejercen en el alma. Por medio de mecanismos que no se comentan, pero que se saben, como es el hecho de tener consciencia de que el llanto representa más medicamento, o más tiempo internada, por lo que, llorar es algo que se castiga, pues se asocia a un cuerpo que necesita atención y medicamento.

De igual modo, hay espacios de castigos, que son considerados por todas las entrevistadas como el peor lugar del internamiento, este espacio funciona como un lugar de contención de las personas que pueden ser potencialmente dañinas para sus compañeros, enfermeros, o para sí mismos. Es un recurso utilizado por la institución psiquiátrica para evitar problemas, sin embargo, es una medida drástica, que si bien, beneficia a la institución (Villar, 2005), considero que, al aislar a los sujetos, le puede generar otros problemas, como el recordar los problemas por los que han pasado.

Igualmente, se encontraron tres tipos de resistencia: pasivas, individuales y grupales. Las resistencias pasivas, son presentadas como aquellos actos ejercidos por las internas que no tienen relación con el uso de violencia física, entre ellas se encuentran: los reclamos, las quejas, las burlas. Las resistencias individuales son manifestaciones de autonomía en el sentido planteado por Michel De Certeau (1990), se ejercen y construyen en los distintos talleres que imparte la institución. Por último, las resistencias grupales, se construyen a partir de modelos de hermandad (Makoswki, 1991), donde en situaciones de mucha proximidad, las mujeres se consideran como hermanas. En ese marco, se propuso como resistencia grupal, los grupos de ayuda, que buscan auxiliar en los procesos de adaptación de las nuevas internas, o en el apoyo emocional y físico que puedan presentar. La existencia de grupos de ayuda o apoyo, fueron también creadores de lazos de amistad y lucha.

2) Para responder la pregunta planteada

El trabajo presentado busca responder a la pregunta ¿Cómo influyen los dispositivos disciplinarios en la construcción de subjetividades signadas por el género, la clase social y la sexualidad de las pacientes del Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California? Con el fin de responder esta problemática tan compleja se desprenden una serie de consideraciones para comprender objetivos precisos que ayudaron a analizar la configuración de subjetividades generalizadas. Para fundamentar este estudio, se propuso que la institución psiquiátrica era un

dispositivo disciplinario de control y vigilancia (Foucault, 1998), por medio de éste, se configuraban performativamente (Butler, 1998) subjetividades. Además, se consideró que eran espacios de resistencia (De Certeau, 1990) donde las mujeres podían ser cuidadas (Guattari, 1988).

En primer lugar, a partir de los relatos de las diez mujeres entrevistadas, se muestran diferencias en el proceso de construcción de las mujeres como sujetos de sexualidad y género que se ven reflejados en los discursos y las prácticas. Los relatos denotan, como conciben su sexualidad y cómo valoran su subjetividad femenina, haciendo frente a las condiciones sociales, y en específico en las relaciones e intercambios con los médicos, enfermeros, cuidadores, y sobre todo en los discursos que ellas elaboran en torno al malestar mental. También, poniendo el foco de interés en los discursos generados por los hombres, y sus parejas.

La influencia que el dispositivo psiquiátrico ejerció sobre los cuerpos y las almas de las entrevistadas, se refleja en la manera en la que éstas, resignificaron los sentidos de concebirse como mujeres, posicionándose como enfermas o discapacitadas. Por otra parte, también, tuvo incidencia en las prácticas desarrolladas por ellas, pasando de un contexto exterior, aun lugar de encierro con normas y reglas propias, por lo que, las actividades realizadas en el exterior como el cuidado de sus hijos, esposos, padres, etc. U otras acciones, se trasformaron en tareas de otro orden, regidas por tiempos y espacios establecidos. Es relevante, considerar los contextos, en los que las vidas de las entrevistadas se desarrollaron, ya que, a partir de ellos, surgen las distintas variantes que confluyen en los procesos subjetivos de las internas, como la clase social, la edad, la escolaridad, la ocupación, y la composición del grupo familiar.

Hay que mencionar además que estos disciplinamientos, han influido de una manera benéfica en la configuración de subjetividades femeninas, ya que las ha hecho consientes de que como mujeres no solo pueden ser las que cuidan, no es su destino solo ser las madresposas (Lagarde, 2013), sino que, ellas también pueden ser cuidadas, y a la vez también pueden hacer cargo solamente de su cuerpo y alma. Por lo cual, también influyen en los significados y prácticas de la maternidad. Se mencionó que, algunas pueden considerarse malas madres por estar ausente del cuidado de sus hijos (Palomar, 1995), sin embargo, paradójicamente, están ausentes para sanar su alma y su cuerpo, buscan tener buena salud para hacerse cargo de ellos.

Relacionando el punto anterior, la influencia que ha tenido el dispositivo disciplinario en la sexualidad de las entrevistadas, podría considerarse provechoso para dos de ellas, que

sufrieron violencia sexual por parte de alguno de sus familiares, ya que, el hospital ha sido un sitio de resguardo ante los hombres que les han hecho daño. Debo mencionar que, en los relatos de las entrevistas muestran que las subjetividades femeninas y sexualidad siempre están referidas a la visión de los hombres con quienes intercambian, negocian o al menos se resisten. Se abre en consecuencia, un panorama sugerente para la discusión de estos hallazgos en tanto interroga la idea de la subjetividad genérica como un campo de relaciones y prácticas que se entablan día a día y que, si bien, tienden a la repetición de normas y en algún sentido a la reproducción de formas instituidas, también ofrece las posibilidades de transformación (Butler, 2001)

El objetivo general del trabajo de investigación: conocer las experiencias de las mujeres internas y sus diferentes formas de resistencia ante las subjetividades construidas por medio del control y disciplina que emergen de la institución psiquiátrica actual y operante, dentro del Hospital de la Salud Mental de Tijuana Baja California. Así como los siguientes objetivos específicos: analizar las categorías género, clase social y sexualidad como mecanismos de control de las internas en la institución psiquiátrica; conocer las formas de disciplina que la institución psiquiátrica ejerce como mecanismo de control en los cuerpos y almas de las mujeres internas; identificar los discursos de las internas en torno a la sexualidad en un contexto de encierro psiquiátrico. Fue cumplido por medio de los testimonios de las mujeres internas que accedieron a ser entrevistadas para este proyecto. Lo que posibilitó el análisis, tomando los conceptos y teorías propuestas en el marco teórico conceptual, de tal manera que se pudo ver los mecanismos por los cuales la institución psiquiátrica opera, a su vez, se mostraron condiciones de marginalidad, vulnerabilidad y discriminación por parte del entorno que rodea a las mujeres entrevistadas, pero también, hubo manifestaciones de placer, goce y resistencia.

3. Las hipótesis planteadas

Las hipótesis presentadas parten de los siguientes referentes teóricos, Michel Foucault (1997), Michel de Certeau (1990) y Félix Guattari (1998), se muestran dos:

H1. Los mecanismos de control de los hospitales psiquiátricos, aunado a su condición de género, clase social y sexualidad, transforman a estas mujeres en almas dóciles, que son fáciles de manejar y manipular. Esta hipótesis está basada en la postura de Foucault (1998) sobre los dispositivos disciplinarios, desde su perspectiva, por medio de la vigilancia, control y disciplina, las instituciones totales, como lo es el psiquiátrico, buscan la creación de un tipo de sujetos que sean fáciles de moldear.

H2. A pesar de los mecanismos de control del hospital psiquiátrico dirigidos a convertirlas en mujeres dóciles y sus condiciones de género, clase social y sexualidad, las internas generan mecanismos de resistencia, que convierten a este espacio en un lugar donde pueden reconstruir lazos, recibir cuidados, generar un sentido de pertenencia, y un estado de bienestar. Según De Certeau los mecanismos de resistencia se refieren a aquellas acciones de la lógica institucional. Además, contrario a la postura de Foucault, Félix Guattari argumenta que el psiquiátrico es benéfico para los pacientes, ya que, los ayuda a controlar sus síntomas y no solo hacerlos dóciles, sino que las puede hacer mujeres funcionales.

Debido a las dificultades de señalar en tan corto tiempo las transformaciones en la subjetividad de las entrevistadas, las hipótesis no pueden ser falseadas o comprobadas. No obstante, las dos hipótesis muestran un panorama general de lo que sucede en la institución psiquiátrica. La primera hipótesis, según los relatos, podemos considerarla como que, si existe dentro de la institución mecanismos de control y disciplina, sin embargo, los testimonios reflejan que el hospital no es tan constringente, sino que, dentro de éste puede surgir otro tipo de interacciones que escapan de la vigilancia y el control.

Más aun, la segunda hipótesis, muestra que, en definitiva, las mujeres crean estrategias de resistencia para subvertir al control y disciplina de la institución psiquiátrica, las cuales pueden surgir en distintos contextos y con distintos actores. De igual modo, los relatos muestran que la institución ha sido para las entrevistadas un lugar donde han sido cuidadas, dejando atrás contextos precarios en los que se desenvolvían.

Conviene subrayar que, para analizar las subjetividades de las mujeres con padecimientos mentales, se deben considerar otros marcos desde donde mirar las realidades en contextos mexicanos, por lo que, conceptos como el propuesto por Burin (1998) sobre subjetividades vulnerables, demostró ser una concepción débil de la manera de ver a las mujeres. En el caso de

las entrevistadas más que almas dóciles o subjetividades vulnerables, sus relatos muestran que, son mujeres en constante resistencia, que a pesar de los avatares que han enfrentado siguen aguantando.

4. Entre la teoría y la praxis

El haber propuesto a la institución psiquiátrica como un lugar de disciplina y control en primera instancia, se desarrolló de esa manera por las ideas en torno a esos grandes locos de los que habla Foucault (Artaud, Nietzsche, Van Gogh), dentro de su texto la “Historia de la locura en la época clásica”, en el que propuso a las instituciones psiquiátricas como aquellas prisiones que encerraban a la genialidad, a la diferencia. Además, desde los planteamientos de este autor, la locura era puesta como un constructo social, sostenía que no era una enfermedad. Los locos eran figuras surgidas dentro de la racionalidad e ilustración (Foucault, 1964). Por lo cual, la tesis al principio parecía tener un sesgo antipsiquiátrico, que propugnaba en la supresión de estos sitios, en lugar de proponer mejorías

En el trabajo de campo, pude darme cuenta de otros vectores que Foucault, no tomó en cuenta. Ejemplo de ello, es que las entrevistadas demandaban tratamiento e internamiento en la institución psiquiátrica para aliviar sus síntomas. Síntomas que se sienten y se sufren en el cuerpo, que no solo son construcciones de la sociedad. Además, desde la teoría de Foucault se plantea que la institución psiquiátrica debe dejar de operar (Foucault, 1964). No obstante, con lo ocurrido con la cancelación del Seguro Popular, di cuenta que, contrarío a plantear el cierre de los Hospitales Psiquiátricos, es necesario abrir más, para cumplir con la demanda de la población. También este hecho, me permitió ver que, si se cierran los hospitales psiquiátricos, solo se deja a las personas en abandono y desamparo, como sucede con muchas de las entrevistadas,

Considero que definitivamente, la institución psiquiátrica es una institución disciplinaria donde hay reglas, normas, castigos y recompensas, sin embargo, a diferencia de lo planteado por Foucault (1964), los malestares mentales son reales, causan sufrimiento. Las personas que los padecen necesitan espacios de sanación, aunque, las instituciones psiquiátricas presentan fallas Para las entrevistadas el nosocomio, fue un lugar que las sacó de los contextos precarios en los que se encontraban, les dio alimento, techo, un lugar donde estar seguras, servicios que

la mayoría de ellas no pueden costear y acceder en el exterior. El nosocomio operó, para estas mujeres, como un punto en el que pusieron en reposo, toda su existencia que estaba sometida a situaciones de pobreza, violencia. Por lo que, el psiquiátrico suspendió de forma temporal todos aquellos contextos de su vida inmediata. En ese sentido, es necesario la existencia de lugares como el HSMT que proporcionen atención y ayuda.

5. Recomendaciones finales:

Para concluir, se hacen una serie de recomendaciones:

- 1) Que las instituciones psiquiátricas tengan más espacios que contribuyan con el bienestar mental de las pacientes.
- 2) Que los talleres impartidos más allá de terapias ocupacionales, sean talleres que les puedan ser de utilidad para cuando les den de alta, como ejemplo, un taller de cocina, de tejido, etc. Con ello, podrían trabajar en el exterior.
- 3) El cuarto aislado, sirve de contención contra las prácticas violentas ejercidas por los internos, lo que trae beneficios para el personal de la institución. Sin embargo, los hospitales psiquiátricos necesitan pensar en vías menos drásticas para contener la violencia. Razón por la que se propone la prevención de la violencia, por medio de atender las necesidades y demandas de las internas.
- 4) El uso de medicamentos es necesario en algunos casos, sobre todo en las personas que manifiestan malestares que deterioren su calidad de vida, sin embargo, es menester plantear alternativas que combinen la farmacología y las terapias alternativas, como el arte-terapia, la música terapia etc. que pueden contribuir a otras formas de sanar de las pacientes, que no solo presentan malestares físicos, sino también, en el alma.
- 5) Es importante insistir que, si el cuerpo de la mujer es distinto que el varón, y que por lo tanto enferma de maneras distintas, también sana de maneras diferentes, por lo que, no

se debe quitar el dedo del renglón, en los estudios farmacológicos que no quieren experimentar con hembras por sus ciclos hormonales, se debe incitar al estudio de los fármacos en mujeres, para conocer qué efectos provocan los antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, etc. en los cuerpos femeninos.

En ese marco, es necesario para los gobiernos, los Estados, en específico el Estado de Baja California, el asegurar una buena atención y acceso a la salud mental, de los grupos más oprimidos, como son las mujeres pobres. Es obligatorio que, la salud mental esté presente en la agenda social de los gobiernos, también es menester que se analicen las problemáticas de salud mental, con una mirada de género, que posibilite ver los matices que presentan tanto hombres como mujeres. Es deber del Estado garantizar la salud de sus ciudadanos. Que todos sin importar su género, clase social, raza o el lugar donde provengan tengan accesos a los servicios de salud mental, con ello se permitiría que las personas tengan una mejor calidad de vida, una vida digna.

Anexo 1. Carta de consentimiento informado
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tijuana, B.C., ____ de _____ de 20 ____ Nombre del entrevistado:

Por medio de la presente doy mi consentimiento para participar voluntariamente en la investigación sobre la institución psiquiátrica en Tijuana, a través de entrevistas. Entiendo que este proyecto es parte de una investigación científica, y que la información que se obtenga puede servir para desarrollar mejores programas de prevención y atención orientados a las necesidades específicas de esta población. Se me ha notificado que no recibiré beneficios directos por participar en las entrevistas, pero la información que se obtenga servirá para proponer mejoras a la atención de las usuarias de los centros psiquiátricos.

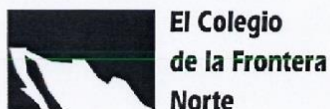
He recibido la garantía de obtener respuesta y aclaraciones a todas las dudas que puedan surgir durante las entrevistas. Comprendo que mi participación en las entrevistas podría llegar resultarme incomoda debido a que se tratarán temas sensibles relacionados con la experiencia en el internamiento, y entiendo que me puedo negar a participar y/o a terminar mi participación en el momento en que así lo desee. La investigadora me ha aclarado que toda la información que exprese es estrictamente confidencial, que las entrevistas pueden durar de una a tres horas, que mi rostro no será videograbado, Así mismos se me ha explicado que mi voz sólo se usará de manera anónima, para fines de investigación, ya que no seré identificada bajo ningún concepto por personas que no participen directamente en la investigación.

Firma de Aceptación

Si más tarde tiene usted alguna duda o comentario acerca de la entrevista, puede comunicarse con la investigadora responsable a los siguientes teléfonos o correos electrónicos:

Lic. Anabel Flores Ortega, El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana. Correo: afloresmec@colef.mx

Anexo 2 Carta de solicitud de trabajo de campo.



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

COORDINACIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

Tijuana B. C. a 08 de diciembre de 2015

Dra. Graciela Jiménez
Presente,

Por este conducto me permito presentar a su amable consideración a la **Lic. Anabel Flores Ortega**, alumna regular de tiempo completo del programa de Maestría en Estudios Culturales, promoción 2014-2016 que imparte esta Institución.

Flores Ortega se encuentra realizando trabajo de campo para su tesis "*Detrás de los muros: soy un alma y un cuerpo. Subjetividad de mujeres en el Hospital de la Salud Mental en el estado de Baja California*" motivo por lo cual tendrá que recurrir a diversas fuentes de información relativas a su investigación.

El uso de la información es exclusivamente académico y se citará la fuente original.

Agradezco de antemano el apoyo y facilidades que pueda proporcionar para el óptimo desarrollo de esta investigación.

Atentamente

Mtra. Iraís Salazar Páez
Coordinadora de Servicios Escolares
El Colegio de la Frontera Norte



c.c.p.- Expediente alumno

Con fundamento en los artículos 20, 21 y 22 de La Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental cualquier información o documentos que proporcione la institución al solicitante serán de uso y responsabilidad exclusiva de las partes.

El Colegio de la Frontera Norte
Km 18.5 carretera escénica Tijuana - Ensenada, San Antonio del Mar,
Tijuana, Baja California, México, C.P. 22560

Bibliografía

- Abbagnano, Nicola, 1974, *Diccionario de filosofía*, Fondo de Cultura, Económica, México.
- Andreani, Flor (1998). “Mujer, Cultura y Malestar Psíquico”. En Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura. pp. 189-206.
- American Psychiatric Association, 2015, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*, (5th ed.) Washington, Dc.
- Amigot, Patricia, 2009, “Una lectura del género como dispositivo de poder”, número 70. Publicado en revista sociológica, pp. 115-152
- Aquino, Alejandra, 2013, “La subjetividad a debate”. Publicado en revista sociológica, pp. 259-278
- Arcos, Estela; 2010, “Equidad en salud reproductiva en mujeres mapuche”. En Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana, pp. 97-118.
- Austin, John, 1962, *How to Do Things with Words*, Oxford, University, Press.
- Bartra, Eli, 2010, “Acerca de la investigación y la metodología feminista”, en Blazquez, Norma, Flores, Fátima; y Ríos, Maribel, coords., *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*, México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM.
- Blazquez, Noma Graf et al, 2010, “Metodología y Representaciones Sociales”, en *Investigación Feminista Epistemología*, México, UNAM
- Berriot-Salvadore, Evelyne, 1992, *El discurso de la medicina y de la ciencia*, en Georges Dubi, y Michelle Perrot (Directs), *Historia de las Mujeres en Occidente*, Taurus, Madrid.
- Berenzon Gorn, et al, 2012, “Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México: Un estudio cualitativo. Salud mental”, pp. 313-319.
- Borges, Jorge 2005, *El idioma analítico de John Wilkins*, <<http://www.ciudadseva.com/textos/teoria/opin/borges3.htm>>
- Borges, G., Medina-Mora, 2004, El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales (The role of epidemiology in mental disorders research) *Salud Publica de México*, 46(5), 451- 463.
- Medina-Mora, ME, Borges G, Lara, C., Benjet, C. (2005).

- Boveman, Inge, 1970, Sex–Role Stereotypes and Clinical Judgments of Mental Health, en Journal of Consulting and Clinical Psychology, pp. 1–7.
- Burín, Mabel 1987. *Estudios sobre la subjetividad femenina: mujeres y salud mental*, Grupo Editor Latinoamericano.
- Burín, Mabel. 1990, *Mujeres y psicofármacos. La búsqueda de nuevos caminos*, Grupo Editor Latinoamericano
- Burín, Mabel, et al, 1991, *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Ediciones Paidós, Argentina.
- Burín, Mabel, 1995, “Subjetividad femenina y salud mental”, en: Pérez Gil, Sara E. Ramírez Rodríguez, Juan Carlos y Ravelo Blancas, Patricia (coords). *Género y Salud Femenina. Experiencias de investigación en México*. México CIESAS, Universidad de Guadalajara e Instituto Nacional de Nutrición,
- Butler, Judith, 1998, “Performantive Acts and Gender Constitution: An Essay on Phenomenology and Feminist Theory. Theatre Journal”. Publicado en español en Debate feminista, pp.296-314.
- Butler, Judith, 2001, “El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad”, Programa Universitario de Estudios de Género/UNAM, México.
- Busfield, Joan, 1998, "Mental Illness as Social Product or Social Construct: A Contradiction in Feminist Arguments?" *Sociology of Health and Illness*, pp. 521–542.
- Canal, María, 2002, *Foucault y el poder*, UAM-X, CSH, Depto. De política y Cultura, México.
- Carvajal, Alberto, 2011, “Adiós a la comunidad de los locos”, *Tramas*, UAM-X, México, pp. 245-261
- Castañeda, Martha, 2008, *Metodología de la investigación feminista*, CEIICH, UNAM, Fundación Guatemala, México.
- Castro, Roberto, 1998, “AIDS-related illness trajectories in Mexico: results from a qualitative study in two marginalized communities”. *AIDS Care: Psychological & Socio-medical aspects* pp.583-598.

- Cermele, Jill, 2001, "Defining Normal: Constructions of Race and Gender in the DSM-IV Casebook". *Feminism & Psychology*, pp.229-247
- Cervantes Carso, Alejandro, 1994, Identidad de género de la mujer: tres tesis sobre su dimensión social, en *Frontera Norte, México*, pp. 10-20.
- Crenshaw, Kimberlé, 1998, "Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color. En Platero, Raquel (Lucas) (ed.), "Intersecciones, cuerpos y sexualidades en la encrucijada". España: Ediciones Bellaterra, pp. 87-122
- Chesler, P. 1972, *Women and Madness*. New York: Double Day.
- 2005, *Woman and Madness*, New York: Palgrave Macmillan.
- Comelles, Josep, 1997, "Paradojas de la antropología médica europea". En *Nueva Antropología*. pp. 187-214.
- Chirolla, Gustavo, 2007, "Reseña de "Foucault y el sujeto político. Ética del cuidado de sí", de Humberto Cubides Cipagauta", *Nómadas*. pp. 241-243.
- Das, Veena, Poole, Deborah, 2004, *Anthropology in the Margins of the State*. Santa Fe, SAR. Press.
- Deluze, Gilles y Guattari, Félix (1988), *Mil Mesetas: capitalismo y esquizofrenia*. Pretextos,
- De Lauretis, Teresa, 1989, "Tecnologías del género", en género en perspectiva de la dominación universal a la representación múltiple. Carmen Ramos Escalón comp. UAM Iztapalapa, México.
- De la O, María Eugenia y Flores Ávila, Alma Leticia, 2012, "Violencia, jóvenes y vulnerabilidad en la frontera noreste de México", en *Desacatos*, pp. 11-28.
- De la Torre, Gemma, et al, *Teoría fundamentada o Grounded Theory*, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- De Certeau, Michel, 1990, *L'invention du quotidien*, Gallimard, París.
- Descartes, René, 1968, *Meditaciones metafísicas*, Editorial Panamericana, Bogotá.
- Diéguez, Antonio, 1999, "Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer". En *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. pp. 637-652.
- Dio Bleichmar, Emilce, 1992, "La depresión en la mujer", en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, pp. 283-289.

- Dolto, Françoise, 1994, *La imagen inconsciente del cuerpo*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Dorantes, Enrique, 2013, Observatorio Estatal de Baja California de los Padecimientos Psiquiátricos. Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC).
- Duran, Laura, 2015, “Requieren en Tijuana atención mental 100 mil cada año”, diario frontera, Tijuana., 8 de octubre en <<http://www.frontera.info/>>, consultado el 5 de enero del 2016.
- Eichler, Margrit 1998, *Non Sexist Research Methods A Practical Guide*, Boston, Allen & Anwin.
- Espinosa, Yuderksy, 2014, “Una crítica descolonial a la epistemología feminista”, en El cotidiano, México, pp. 7-12.
- Federici, Silvia, 2010, *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, Madrid, Traficantes de sueños
- Figert, Anne, 1995, “The Three Faces of PMS: The Professional, Gender and Scientific Structuring of a Psychiatric Disorder. Social Problems”, pp. 56-75
- Fishman, P, 1978, *Interaction: the work women do. Social Problems*
- Foucault, Michel, 1975 *La verdad y las formas jurídicas*. Editorial By Gedisa, Río de Janeiro.
- , 1964, *La vida de los hombres infames*, Editorial, museos de Buenos Aires, Argentina.
- , 1964, *La historia de la locura en la época clásica*, Editorial Siglo Veintiuno
- , 1981 “Subjectivité et Vérité”, *Annuaire du Collège de France*, núm. 81, “Histoire des Systèmes de Pensé”, Colegio de Francia, París, Surveiller et Punir, Gallimard, París.
- , 1984, “El juego de Michel Foucault”, en *Saber y verdad*, Madrid, Ediciones de la Piqueta, pp.127-162.
- , 1998 *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Editorial Siglo veintiuno editores, México D.F.
- , 1993, *La microfísica del poder*. Editorial Ediciones de la Piqueta. Madrid España.
- , 2003, *Historia de la Sexualidad. Tomo I: La Voluntad del Saber*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores. Argentina.
- , 2004, *Estrategias de poder*, Editorial Paidos, Barcelona.

- , 2007 *Seguridad, territorio, población: Curso en el College de France (1975-1976)*. Fondo de cultura Económica de Argentina S.A. Buenos Aires, Argentina.
- , 2003, *Historia de la Sexualidad. Tomo II: La Voluntad del Saber*, siglo XXI Editores, Argentina
- Flores, Leticia, 2010, “Subjetividad, locura, institución y exclusión”, en anuario de investigaciones UAM-X, pp. 607-625.
- Freud, Sigmund, 1890, *Obras completas. Tomo I, Tratamiento psíquico (tratamiento del alma*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Freud, Sigmund, 1996, *Obras completas. Tomo 2, Un ensayo sobre la represión*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Galtung, Johan, 1994, *Human rights in another key*. Cambridge: Polity press.
- García y Oliveira, 1991, *Maternidad y Trabajo en México: Una Aproximación Microsocial*. El Colegio de México. (Mimeo.)
- Goffman, Erving, 1972, *Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.
- Gómez, Antonio, 1999, “Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer”. En Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. pp. 637-652.
- Guash, Oscar, 2013, *Sexualidades: diversidad y control social*, Editorial Bellaterra.
- Guber, Rosana, 2001, *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma, Colombia.
- Guillen, Tonatiuh, 1992, “Marginalidad Urbana y Desarrollo Social”, en la Frontera Norte, Federalismo y desarrollo, pp. 20-26.
- Grijalbo, 1995, *Diccionario Practico Grijalbo*, Editorial Grijalbo Mondadori, Madrid, España.
- Haraway, Donna, 1991, “Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the privilege of Partial Perspective. Feminist Studies”, pp. 575-599. En <http://links.jstor.org/sici?sici=00463663%28198823%2914%3A3%3C575%3ASKTSQI%3E2.0.CO%3B2-M>

Harding, Susan, 1983. *Why has the Sex/Gender system become visible only now? In: Discovering Reality. Feminist Perspectives on Epistemology, Metaphysics, Methodology, and Philosophy of Science.* Boston: D. Reidel Publishing Coop.

Hernández, Guadalupe; 2006, “Aplicación de la perspectiva de Género”, en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud, 2000-2003. En *Salud Pública de México*. Vol. 48, N° 4, México, pp. 332-340.

Hernández, Luis, 2005, “Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbiana y homosexuales de la Ciudad de México, en revistas *Salud Mental*, del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muníz, pp. 49-65.

Iglesias, Miriam y Cortés, Manuel, 2004, “Generalidades sobre Metodología de la Investigación”, en *Colección Material Didáctico*, Universidad del Carmen, Campeche, México.

Instituto Nacional de las Mujeres 2010, Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos. Fuente: sitio del Inmujeres en:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres 2010, Clasificación y modalidades de violencia. Fuente sitio del Inmujeres en:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf
<http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/vidasinviolencia/?q=clasificacion>

Instituto Nacional de las mujeres: Estadísticas sobre salud mental en mujeres y hombres, sitio:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Censo de Población 2010. Fuente: Sitio del INEGI en Internet: www.inegi.org.mx

-----, Censo de Población 2010, Fuente: Sitio del INEGI en Internet:
www.inegi.org.mx

----- Hospitales psiquiátricos y camas censables en el Estado de Baja California 2010, Fuente: Sitio del INEGI en Internet: www.inegi.org.mx

[Jiménez, Rodrigo, 2013, “Guía para incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud, en Serie Monografías Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.](#)

Knibiehler, Yvonne, 2001, “La construction sociale de la maternité”, en Yvonne Knibiehler (dir.), *Maternité, affaire privée, affaire publique*, París, Bayard.

Kramer, Heinrich, 1987, *Malleus Maleficarum*. Editorial Digiereads.

- Lamas, Marta 1996, “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría ‘género’”, en Marta Lamas (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG-UNAM/Porrúa, pp. 327-366
- Lamas, Marta, 2007, *El género es cultura*, V campus euroamericano de cooperación cultural, Almada, Portugal.
- Lagarde, Marcela, 1990, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, UNAM.
- Lagarde, Marcela, 2003, “Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción”, en SARE, “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”, pp. 1-5.
- Lagarde, Marcela, 2012, “La soledad y la desolación”, en Colectivohipatia. Sitio: <http://www.mujerpalabra.net/frases/?author=47>
- Laplanche, Jean, 1996, *Diccionario de psicoanálisis*, Editorial Paidós.
- Linardelli, Florencia, 2015, “Salud Mental y Género” en revista Digital de Ciencias sociales, pp. 199-224.
- Lipovetsky, Gilles, 2010, *La era del vacío*, editorial Anagrama.
- Lozano, Frenk, 1999, “Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México”, en Fundación Mexicana para la salud, México.
- Lugones, Maria, 2008, “Colonialidad y género”, en *Tábula Rasa*, Colombia, núm. pp.73-101
- Makowski, Sara [Tesis de maestría], 1994, “Las flores del mal: identidad y resistencia en cárceles de mujeres”, México, FLACSO, sin impresión a pie de imprenta.
- Marcotte, Amanda, 2014, Why Are All the Lab Rats Boys? NIH Tells Drug Researchers to Stop Being Sexist Pigs. En http://www.slate.com/blogs/xx_factor/2014/05/15/nih_to_drug_researchers_start_including_female_test_subjects_in_your_studies.html
- Martin, P., 1987, *Mad women in romantic writinng*, Brighton: Haverster
- Martin, Heinze, 2005, “La enseñanza de la Psiquiatría en México”, en *Salud mental*, pp. 523-530.
- Mattelart, Armand y Neveu, Érik, 2004, *Introducción a los estudios culturales*, México, Paidós Ediciones.
- Matud, Aznar, 2008, “Género y salud”. En *Suma Psicológica*. Vol. 15, N° 1, Chile: Universidad de Santo Tomás, pp. 75-93

Menéndez, Eduardo, 1987, “Modelo medico hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción en el sector social” México.

Monárrez, Julia, 2010, “Violencia contra las mujeres e inseguridad ciudadana en Ciudad Juárez”, El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana Baja California.

Mora Elena, 2007, “Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio Nacional”, en anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 48-55, México.

Moraga, Cherrie, 1988, “La güera”, en: MORAGA Cherrie y Ana Castillo (comp.), Esta puente, mi espalda. Voces de mujeres tercermundistas de los Estados Unidos, San Francisco, 15, Press.

Mykletun, Peleikis., & Dahl, 2005, “Current mental health in women with childhood sexual abuse who had outpatient psychotherapy”, European Psychiatry, pp. 260-267.

Ordorika, Teresa, 2006, “El concepto de enfermedad: un enfoque conceptual desde la sociología”, en Jornadas Anuales de Investigación 2005, compilado por Margarita Favela Gavia y Julio Muñoz Rubio, 215–226. México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México.

Organización Mundial de la Salud: definición de enfermedad mental, sitio:

http://www.who.int/topics/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud: definición de sexualidad, sitio:

http://www.who.int/topics/mental_health/es/

[Organización Mundial De la Salud \(2001\). Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos Nuevas esperanza, sitio:](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)

http://www.who.int/topics/mental_health/es/

[Organización Mundial de la Salud, 2004: Alza en el número de personas con algún malestar psiquiátrico en Latinoamérica y el Caribe: sitio](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)

http://www.who.int/topics/mental_health/es/

[Organización Mundial de la Salud, 2015: Las enfermedades mentales como la principal caus de discapacidad en el mundo: sitio](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)

http://www.who.int/topics/mental_health/es/

[Organización Mundial de la Salud, 2014: Estudio Social Determinants of Mental Health, 2014, sitio:](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf)http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf

Ortega, Cristina, 2011, “Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea”, en Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género, Madrid, pp. 208-223.

- Palomar, Cristina, 1995, “Género y maternidad”, Revista Universidad de Guadalajara, núm. 3, febrero-marzo.
- Parrini, Rodrigo [Tesis de doctorado], 2007, “Panopticos y laberintos subjetivación, deseo y corporalidad en una cárcel de hombres”, México, Colegio de México, sin impresión a pie de imprenta.
- Pineda, Karla, 2013, “Genealogía de los Estudios Culturales”, en Razon y palabra, especializada en comunicación.
- Preciado, Beatriz, 2004, “Multitudes queer. Notas para una política de los anormales”, en multitudes, núm. 12, 21 de mayo.
- Ramos, Luciana, 2014, “¿Por qué hablar de género y salud mental?”, en revista de la salud mental.
- Ramón, Eduardo, 2003, “Humillaciones y carencias en hospital son malentendidos responden” diario el ZETA, 28 de julio en < <http://zetatijuana.com/>>, consultado el 5 de marzo 2016.
- Romero, Carla, 2016, “Hospital de la Salud Mental se convirtió en un negocio”, diario El sol de Tijuana, 17 de marzo del 2016 en
< <http://www.oem.com.mx/elsoldetijuana/notas/n4109736.htm>> , consultado el 20 de marzo del 2016.
- Ruiz, María, 2004, “Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico”, en Gaceta Sanitaria. N° 18 (Supl. 1), Barcelona, pp. 118-25.
- Sacristán, Cristina, 2005, “Historiografía de la psiquiatría y de la locura en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, en Frenia, revista de historia de la psiquiatría, pp. 1-33
- Sacristán, Teresa, 2009, “Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres”, en Revista Mexicana de Sociología, pp. 647-674.
- Sáez Buenaventura, Carmen, 1979, *Mujer, locura y feminismo*, Dédalo, Madrid, España.
- Sampieri, Roberto (et. al.), 2006, *Metodología de la investigación*, México, McGraw Hill.
- Secretaría de Salud, 2016: número de Hospitales Psiquiátricos en México. Fuente sitio de la SSA en internet: <http://www.gob.mx/salud>
- Secretaría de Salud, 2003, Número de personas que reciben visitas por sus familiares. Fuente sitio de la SSA en internet: <http://www.gob.mx/salud>

- Seguro Popular, 2016: número de afiliados al Seguro Popular en Baja California. Sitio del Seguro Popular en internet: <http://www.seguropopularbc.gob.mx/index.asp>
- Soto Villagrán, Paula, 2013, Entre los espacios del miedo y los espacios de la violencia: discursos y prácticas sobre la corporalidad y las emociones. En: Aguilar, Miguel Angel & Soto Villagrán, P. (coords.) *Cuerpos, espacios y emociones. Aproximaciones desde las Ciencias sociales*
- Sprague, Joey, 2005, *Feminist Methodologies for Critical Researchers: Bridging Differences*. AltaMira/Rowman & Littlefield. (currently under revision for 2nd edition)
- Serret, Estela, 1990, “La subjetividad femenina en la cultura occidental”, revista del departamento de sociología, UAM A.
- Smiley, C., & Fakunle, D. 2016, From “brute” to “thug:” The demonization and criminalization of unarmed Black male victims in America. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*.
- Suarez María Eugenia, 2007, “Los entretelones de la maternidad. A la luz de las mujeres filicidas”, en *Estudios Sociológicos* 2007, pp. 74.
- Tarrés, Maria Luisa, 2008, *Observar, escuchar y comprender*, El Colegio de México.
- Taylor Steve, y Bogdan, Robert, 1992, *Introducción a los métodos de investigación*. Editorial Paidós, España
- Terraza, Ana, 1994, “Psiquiátricos en México: sufrimiento en vez de salud mental”, periódico Proceso, 30 de octubre en < <http://www.proceso.com.mx/356781/psiquiatricos-en-mexico-sufrimiento-en-vez-de-salud-mental>>, consultado el 7 de enero del 2016.
- Terrez, B. E. V., & Salcedo, V. V. 2016, La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mntal*, 39(1), 3-9..
- Ussher, Jane, 1991, *Wome´s Madness: Misogyny or Mental Illness?*, Harverter Wheatsheaf, Estados unidos.
- Ussher, Jane, 2003, *Body Talk. The Material and Discursive Regulation of Sexuality, Madness and Reproduction*. Nueva York: Routledge.
- Ussher, Jane, 2011, *The madness of women. Myth and experience*, Routledge, Londres.
- Vale Nieves, Otomie, 2012, “Foucault, el poder y la psicopatologización de las mujeres: coordenadas para el debate”. En *Teoría y crítica de la psicología*. N°2. Michoacán, pp. 148-15

- Valencia, Sayak, 2015, “Del queer al cuir”, en Raúl Morales Carrasco y Fernando Lanuza, coords. Políticas de lo irreal, México, Universidad Autónoma de Querétaro/ Editorial Fontama
- Valenzuela Manuel, 2014, Centralidad de las fronteras. Procesos socioculturales en la frontera México-Estados Unidos, en José Manuel Valenzuela Arce, (coord.), Por las fronteras del norte. Una aproximación cultural a la frontera México-Estados Unidos, México, D.F., FCE, pp. 33-67
- Valcárcel, Amelia, 1991, “La memoria colectiva y los retos del feminismo”, en: Valcárcel, Amelia, M^a Dolors Renau y Rosalía Romero (eds). Los desafíos del feminismo ante el siglo XXI: 019-054. Sevilla, instituto Andaluz de la Mujer.
- Valls Llobet, Carme, 2009, *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Vela Peón, Fortino, 2001, “Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa”, en María Luisa Tarrés, coord., Observar, escuchar y comprender, 124 Sobre la tradición cualitativa en la investigación social, El Colegio de México, México, Miguel Ángel Porrúa, librero-editor
- Velasco, Laura, 2016, Deportación y estigma en la frontera México- Estados Unidos. Atrapado en Tijuana, Norteamérica.
- Villar, María, 2005, “Violencia en el medio hospitalario por pacientes con enfermedad mental”, en Arch Prev Riesgos Labor, pp 20-27.
- Weeks, Jeffrey, 1993, *El malestar en la sexualidad*, Talasa, Madrid.
- Witting, Monique, 1992, *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*, Editorial Eagles.
- WHO, 2004, La salud mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Asociación Psiquiátrica Mexicana: Manual de los Trastornos Mentales Edición 2005. México, 2005, pp. 13-24. sin tratamiento los padecimientos se agravan y los efectos en la calidad de vida se exacerban.
- World Bank, 2015, World development indicators. New York: World Bank
- Zemelman, Hugo, 1997, “Subjetividad y sujetos sociales”, en Cuadernos El Ágora, núm. 3, Departamento de Educación y Comunicación y el Área de Investigación Procesos Grupales e Institucionales y sus Interrelaciones, UAM-Xochimilco, México.

Ficha de entrevistas

A [entrevista] 2016, por Anabel Flores Ortega [trabajo de campo], “Detrás de los muros: soy un alma y un cuerpo. Subjetividad y sexualidad de mujeres, en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California. Tijuana, Baja California. El Colegio de la Frontera Norte.

K [entrevista] 2016, por Anabel Flores Ortega [trabajo de campo], “Detrás de los muros: soy un alma y un cuerpo. Subjetividad y sexualidad de mujeres, en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California. Tijuana, Baja California. El Colegio de la Frontera Norte.

G [entrevista] 2016, por Anabel Flores Ortega [trabajo de campo], “Detrás de los muros: soy un alma y un cuerpo. Subjetividad y sexualidad de mujeres, en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California. Tijuana, Baja California. El Colegio de la Frontera Norte.

E [entrevista] 2016, por Anabel Flores Ortega [trabajo de campo], “Detrás de los muros: soy un alma y un cuerpo. Subjetividad y sexualidad de mujeres, en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California. Tijuana, Baja California. El Colegio de la Frontera Norte.

M [entrevista] 2016, por Anabel Flores Ortega [trabajo de campo], “Detrás de los muros: soy un alma y un cuerpo. Subjetividad y sexualidad de mujeres, en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California. Tijuana, Baja California. El Colegio de la Frontera Norte.

Y [entrevista] 2016, por Anabel Flores Ortega [trabajo de campo], “Detrás de los muros: soy un alma y un cuerpo. Subjetividad y sexualidad de mujeres, en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California. Tijuana, Baja California. El Colegio de la Frontera Norte.

P [entrevista] 2016, por Anabel Flores Ortega [trabajo de campo], “Detrás de los muros: soy un alma y un cuerpo. Subjetividad y sexualidad de mujeres, en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California. Tijuana, Baja California. El Colegio de la Frontera Norte.

J [entrevista] 2016, por Anabel Flores Ortega [trabajo de campo], “Detrás de los muros: soy un alma y un cuerpo. Subjetividad y sexualidad de mujeres, en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California. Tijuana, Baja California. El Colegio de la Frontera Norte.

C [entrevista] 2016, por Anabel Flores Ortega [trabajo de campo], “Detrás de los muros: soy un alma y un cuerpo. Subjetividad y sexualidad de mujeres, en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California. Tijuana, Baja California. El Colegio de la Frontera Norte.

L [entrevista] 2016, por Anabel Flores Ortega [trabajo de campo], “Detrás de los muros: soy un alma y un cuerpo. Subjetividad y sexualidad de mujeres, en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California. Tijuana, Baja California. El Colegio de la Frontera Norte.

La autora es Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana. Realizó una investigación en esa universidad titulada “Arte, subjetividad y psicosis. Creación artística del síntoma en el sujeto”. Además, ha participado en proyectos de investigación en el ámbito de salud mental y la construcción histórica de la locura. Egresada de la Maestría en Estudios Culturales de El Colegio de la Frontera Norte.

Correo electrónico: ana_ren@hotmail.com

© Todos los derechos reservados. Se autorizan la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente.

Forma de citar:

Flores Ortega, Anabel (2016). “Detrás de los muros: soy un alma y un cuerpo. Subjetividad y sexualidad de mujeres en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California”. Tesis de Maestría en Estudios Culturales. El Colegio de la Frontera Norte, A.C. México. 184 pp.