

Imágenes de género en la construcción de diagnósticos psiquiátricos: el caso del trastorno límite de la personalidad en la perspectiva de los/as psiquiatras y psicólogos/as de la Ciudad de Buenos Aires

 *María Jimena Mantilla*

Resumen

En este artículo, se identifican y discuten las imágenes y los estereotipos involucrados en la construcción del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. A partir de un trabajo cualitativo con fuentes secundarias y entrevistas semi-estructuradas a profesionales psiquiatras y psicólogos/as de la Ciudad de Buenos Aires, se describen mecanismos mediante los cuales los y las profesionales producen y reproducen valores atribuidos a los comportamientos de género en estos diagnósticos: en primer lugar, la circulación de estereotipos sobre la apariencia y comportamiento femenino que colaboran con una tendencia a establecer el diagnóstico, en ocasiones sin una evaluación rigurosa de su pertinencia; en segundo lugar, la noción de una vulnerabilidad biológica que refuerza la creencia en la “desregulación emocional” como característica intrínseca de la naturaleza femenina; y, por último, la importancia de la figura materna y su desempeño en la consecuente aparición del trastorno límite en hijas mujeres.

Palabras claves

*género
trastorno límite de la
personalidad
psiquiatras
psicólogos
investigación cualitativa*

Abstract

This article identifies and discusses gender images and stereotypes involved in the borderline personality disorder. Based on a qualitative research with documentary sources and semi-structured interviews with psychiatrists and psychologists in the city of Buenos Aires, the article describes mechanisms by through professionals produce moral values attributed to gender behaviors: first, circulation of stereotypes about female appearance and behavior which pervades the establishing of diagnosis without a rigorous evaluation; second, the notion of biological vulnerability which reinforces the belief in an “emotional dysregulation” as an intrinsic characteristic of feminine nature; and finally pointing the importance of mother performance in the subsequent appearance of the borderline personality disorder.

Key words

*gender
borderline personality disorder
psychiatrists
psychologists
qualitative research*

Fecha de recepción: 8 de julio de 2013. Fecha de aceptación: 1 de agosto de 2014.

Introducción

Diferentes estudios han abordado críticamente los cruces entre género y salud mental, examinando diferentes aspectos y facetas de esta relación. Desde una perspectiva socio-histórica, varios estudios analizan el proceso que llevó a finales del siglo XIX a que se considerara a los trastornos mentales bajo una representación femenina, a la vez que muestran cómo la locura se caracterizó con atributos femeninos (Showalter, 1985; Ruiz Somavilla & Lucena, 2003: 6-29). Asimismo, desde una perspectiva feminista se ha señalado la tendencia de la psiquiatría a patologizar la conducta de las mujeres que se alejan de las expectativas normativas del rol (Chesler, 1972; Clarke, 1983: 62-82; Johnstone, 2000; Arend, 2004: 549-552; Brickman, 2004: 87-111; Adler & Adler, 2007: 537-570). Phyllis Chesler (1972), en una investigación cualitativa con mujeres con diagnósticos psiquiátricos en los EE. UU., es una de las primeras autoras en sugerir que los servicios psiquiátricos tienen una mayor proporción de pacientes mujeres, al tiempo que describe cómo las mujeres tienden a ser etiquetadas como enfermas mentales debido a que los parámetros de salud mental no se valoran igual en hombres que en mujeres: independencia, autonomía y objetividad son valores asociados a los hombres, mientras que dependencia, sumisión y sentimentalismo se consideran adecuados para las mujeres.

En esta línea, la asociación entre naturaleza, subjetividad, emociones y condición femenina, opuesta a la ligazón entre cultura, objetividad, razón y masculinidad, ha sido largamente señalada por los estudios sociales de la ciencia y la epistemología feministas (Fox Keller, 1985; Scott, 1988; Laqueur, 1990; Haraway, 1991; Rohden, 2001; Ospina Martínez, 2006: 303-314; Martin, 2006; Maffia, 2007). Por su parte, la producción de la epistemología feminista ha señalado que el saber científico, como consecuencia de su carácter androcéntrico, justifica las relaciones de poder que sustentan las categorías de género (Rose, 1983; Fox Keller, 1985). En esta línea, diferentes investigaciones han analizado el lugar de las mujeres en tanto objeto de la práctica científica, señalando el carácter sexista que presenta la ciencia en diferentes campos (Blier, 1984; Fox Keller, 1985; Schiebinger, 1987: 305-32; Harding, 1991; Schiebinger, 1993).

Por otra parte, un campo de estudios que analiza estos cruces es el de los determinantes asociados al género en salud, que identifican las relaciones de poder determinadas por el género como causas fundamentales de la desigualdad y se encuentran entre los principales factores sociales determinantes de la salud mental de las mujeres (Sen & Östlin, 2007). En esa línea se aduce que son las variables socio-culturales que actúan a través de roles y patrones de conducta socialmente impuestos las que condicionan el modo en que hombres y mujeres manifiestan su sufrimiento psicológico y las estrategias que adoptan para satisfacer sus necesidades de atención psiquiátrica (Montero et al., 2004).

El presente artículo aborda los cruces entre género y salud mental a partir de examinar los estereotipos e imágenes de género presentes en las percepciones de psiquiatras y psicólogos/as de la Ciudad de Buenos Aires en torno al diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP).

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), el trastorno límite se ubica dentro de los trastornos de la personalidad, pero su definición y la entidad misma del diagnóstico es materia de controversia en el campo de la psicopatología, y diversas investigaciones dan cuenta de una proporción muy alta de mujeres entre las personas diagnosticadas por este trastorno (Linehan, 1993; Bjorklund, 2006: 3-23; Mantilla, 2009: 292-342). En ese sentido, el análisis de las imágenes y estereotipos de género presentes en los discursos de los/as profesionales es particularmente relevante para entender el proceso de construcción de disposiciones simbólicas que

colaboran en la persistencia de valores y actitudes respecto a los comportamientos esperados para hombres y mujeres en las evaluaciones de psiquiatras y psicólogos/as.

El artículo señala que los relatos de los/as profesionales entrevistados (re)producen los valores tradicionales históricamente atribuidos a los comportamientos de género a través de tres mecanismos. En primer lugar, la circulación de estereotipos sobre la apariencia y comportamiento femenino que colaborarían con una tendencia a establecer el diagnóstico en mujeres. En segundo lugar, la noción de una vulnerabilidad biológica que refuerza la creencia en la “desregulación emocional” como característica intrínseca a la naturaleza femenina. En tercer lugar, la asociación de fallas en el desempeño de la maternidad y la consecuente aparición del trastorno límite en las hijas mujeres. Dichos mecanismos operan en la producción de valores de género tanto a través de las expectativas y caracterización de los comportamientos femeninos como también del borramiento de la figura masculina. La relevancia de la figura materna en oposición a la paterna esencializa las desigualdades de género que se materializan en las incumbencias diferenciales de varones y mujeres. Las imágenes y los estereotipos de género que conforman las percepciones de psiquiatras y psicólogos/as en torno a las características de las personas diagnosticadas con TLP colocan simultáneamente a la mujer en un lugar de víctima y responsable que, en cualquier caso, pone en movimiento las formas patriarcales de entender las relaciones de género y los roles femenino/masculino.

El trastorno límite de la personalidad

El diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (*Border Personality Disorder*) es uno de los diez trastornos límites de personalidad clasificados por el sistema de clasificación psiquiátrica DSM-IV. El término *borderline* fue usado por primera vez por el psicoanalista Adolf Stern en 1938 (Wirth-Cauchon, 2001) para describir pacientes que él creía que eran más problemáticos que los pacientes “neuróticos” pero que no eran “psicóticos”. Recién en 1980 el TLP es introducido como un posible diagnóstico de la personalidad en EE. UU. y, en consecuencia, incluido en el DSM. Actualmente, es el diagnóstico más común dentro de los trastornos de personalidad y es usado con cierta frecuencia por los/as profesionales de la salud mental en distintas partes del mundo. Según el DSM-IV, la característica esencial del trastorno límite de la personalidad es “un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos”.¹

Como se ha señalado, en el campo de la salud mental se debate si el trastorno límite constituye un estadio intermedio entre la psicosis y la neurorisis, o si se le debe adjudicar una entidad propia (Slucki & Wikinski, 2004: 274-279). Asimismo, genera dudas entre los/as profesionales acerca de las formas adecuadas de intervenir con estas pacientes, desconfianza en la eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos e inadecuación de los criterios de internación, generando respuestas disfuncionales en sus terapeutas (Lewis & Appleby, 1988: 44-49; Apfelbaum & Gagliesi, 2004: 295-302).

Existe coincidencia en que se trata de una problemática frecuente en mujeres jóvenes (Paris, 1997: 421-457), varios autores lo asocian a experiencias de abuso en la infancia (Paris, 1997: 421-452; Shaw & Proctor, 2005: 483-489); y constituye una de las patologías con mayor cantidad de reinternaciones en instituciones psiquiátricas (Paris, 1997: 421-452; Warner & Wilkins, 2004: 265-278; Mantilla, 2008). Desde la psiquiatría se argumenta que la constitución biológico-emocional femenina las haría más vulnerables a este

1. Si bien los psiquiatras y psicólogos de orientación psicoanalítica difieren de los criterios del DSM para efectuar el diagnóstico, la masividad de este tipo de clasificación permea las ideas de los/as profesionales de diversas orientaciones.

tipo de trastorno (Linehan, 1993; Goodman, New & Siever, 2004: 104-116), mientras que otros señalan que esta relación remite meramente a una mayor prevalencia entre mujeres (Skodol & Bender, 2003: 349-360; Johnson et al., 2003: 284-292).

El artículo examina los discursos de profesionales psiquiatras y psicólogos/as acerca del trastorno, identificando las imágenes y estereotipos que construyen (y patologizan) cierta naturaleza y conductas femeninas, que explicarían la feminización del diagnóstico.

Metodología

Los datos analizados en este artículo forman parte de una investigación cuyo objetivo principal fue describir y analizar las nociones y categorías mediante las cuales los/as profesionales psiquiatras y psicólogos/as de la Ciudad de Buenos Aires aplican y describen el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Mantilla, 2011). En investigaciones previas había documentado la incidencia de este tipo de diagnóstico en mujeres jóvenes, y el descreimiento de los profesionales sobre la legitimidad de los padecimientos (Mantilla, 2008, 2009: 292-342, 2010). La referencia de los/as profesionales a la “expansividad” de las pacientes (“expansivas” o “escénicas” eran algunas de las expresiones nativas frecuentes) daba cuenta de la patologización de ciertos atributos de la personalidad vinculados a la feminidad; aspectos abordados en esta investigación.

La investigación siguió un diseño exploratorio y descriptivo y una estrategia metodológica cualitativa (Denzin & Lincoln, 1994), que trianguló diferentes técnicas de recolección de datos, como fuentes secundarias sobre la temática (protocolos, artículos específicos, actas de congresos, etcétera) y entrevistas semi-estructuradas con profesionales psiquiatras y psicólogos/as.

En este artículo, se analiza el material recabado en las entrevistas, en las que se buscó acceder a las percepciones y experiencias de los/as profesionales con el diagnóstico; sus interpretaciones sobre las causas de esta problemática, en particular la relevancia o no del género como categoría explicativa o asociada, entre otros aspectos; información complementada por las fuentes secundarias relevadas. Se entrevistaron a profesionales psiquiatras y psicólogos/as de distintas orientaciones conceptuales y rango etario (de treinta a sesenta años) que desempeñaban su profesión en la Ciudad de Buenos Aires en diferentes subsectores de salud. Para la realización de entrevistas se realizó una muestra intencional, estructurada de acuerdo con los criterios relevantes para los objetivos de la investigación: la disciplina de los profesionales (psiquiatras y psicólogos), el sexo, y el subsistema de salud en el que se desempeñaban, así como diferentes grados de cercanía con el trato de estas patologías. Se realizaron veinticinco entrevistas semi-estructuradas a profesionales de distintos subsectores del sector salud, con una mayor proporción de mujeres y de profesionales que trabajan en el subsector privado. Los/as entrevistados/as fueron contactados a partir de variadas redes de acceso y a partir de rastrear las instituciones o equipos de trabajo que pudieran tener alguna relación con este tipo de problemática. En cuanto a los enfoques terapéuticos, se entrevistaron a profesionales del enfoque cognitivo, psicoanalítico, dialéctico-comportamental y psiquiatría biológica. Al menos la mitad de los entrevistados contaba con alguna formación específica en el tratamiento de esta patología. Las entrevistas se desgrabaron y se cargaron en el programa para el análisis de datos cualitativos (ATLAS.ti), posteriormente se codificaron siguiendo una orientación inductiva (Dey, 1993).²

2. Teniendo en cuenta que el objetivo del artículo es establecer un análisis cualitativo y que la muestra no es significativa en términos cuantitativos, se omitió considerar en porcentajes la caracterización de la muestra (por ejemplo, la cantidad de profesionales que pertenecían al sector privado o la cantidad de profesionales mujeres, varones, entre otros aspectos). Estas imágenes circulan, de modos diversos, por profesionales de diferentes orientaciones conceptuales y sexo y es, por eso, que la investigación no se ajustó a interrogar la formación o el sexo como una variable central en cuanto a la producción de imágenes de género.

Imágenes de género y trastorno límite: perspectivas de los/as profesionales

A continuación se presentan los estereotipos e imágenes de género presentes en los discursos de los/as profesionales entrevistados/as. En estos discursos, determinadas características de la “personalidad femenina”, una supuesta vulnerabilidad biológica expresada en una “desregulación emocional” propia de la naturaleza femenina y el carácter determinante de la figura materna se asocian a la manifestación del trastorno límite de la personalidad, apoyándose (y reforzándose) en estereotipos de género que permean la construcción de este diagnóstico.

La personalidad femenina

Uno de los elementos que configuran las imágenes de género presentes en los discursos de los/as profesionales acerca del diagnóstico de TLP es cierta tendencia a la patologización de la femineidad a través de la calificación negativa de algunos atributos de la personalidad considerados como propios de las mujeres. Muchos entrevistados describieron este elemento como algo ajeno a su propia mirada pero identificable en las prácticas de otros profesionales. Las siguientes palabras de una entrevistada ilustran esta problemática:

Las salas de internación están llenas de chicas con TLP, lo que pasaba en el hospital es que una paciente jodida, hincha pelotas y mala [era] igual a TLP, no importaba si cumpliera los criterios o no. (Entrevista a psiquiatra biológico)

Esta asociación entre atributos negativos y el TLP es un factor que predispone a la desconfianza sobre la legitimidad del sufrimiento y, en consecuencia, al desarrollo de una actitud poco empática con los/as pacientes. En esta línea, son sugerentes las afirmaciones de Juanne Clarke (1983: 62-82) respecto de las tendencias de médicos hombres a clasificar las quejas de las mujeres como irreales. La mayoría de los/as entrevistados/as apuntaron a este aspecto, tal como se expresa en los siguientes fragmentos:

Es como que hay cierto descreimiento del padecimiento porque es muy expansivo y escénico, totalmente. Es una praxis muy común: “ah, dejala, es una histérica”, como si eso no implicara un sufrimiento o un padecimiento igual. Digamos, uno debería poder pensar que esa es la única manera que una paciente tiene de demostrar lo que le está pasando. Y por qué es esa la manera. (Entrevista a psicóloga psicoanalista)

Son pacientes muy criticadas, yo he escuchado decir que los pacientes gozan. Nadie termina de aceptar el padecimiento horroroso de una paciente que te dice “me siento con la piel despellejada”. (Entrevista a psiquiatra cognitivo-comportamental)

Algunos estudios sociológicos basados en un enfoque feminista señalan la naturaleza construida y genérica del discurso médico. Al respecto, Clare Shaw y Gilliam Proctor (2005) explican que las teorías y descripciones de la conducta que pretenden ser neutrales en su objetividad científica presentan un sesgo en donde el funcionamiento masculino tiende a evaluarse como normal o maduro y el patrón femenino como inmaduro. Las nociones que atravesaron históricamente la construcción del diagnóstico de TLP dan cuenta de esta carencia de neutralidad. Así los resumía un psicólogo entrevistado:

Intratables, parasitismo, incapaz de tolerar la rutina y la responsabilidad, poco motivado para el tratamiento, incapacidad para tolerar la frustración. Todo esto es verdad, pero hay que encontrar formas de decirlo más neutrales. (Entrevista a psicóloga cognitiva)

Tal como señala Barbara Brickman (2004: 87-111), los estereotipos de género influyen en la construcción patológica de la femineidad tanto en el discurso psiquiátrico como en el psicoanalítico. La autora muestra que las mujeres que no cumplen con las expectativas socialmente esperadas son proclives a recibir este diagnóstico. Ejemplo de ello son algunas explicaciones brindadas por los/as profesionales entrevistados/as en las que los estereotipos de género se visualizan en relación al supuesto fracaso de ciertos ideales normativos, asociándose de forma directa con el diagnóstico:

Mirá, si son más mujeres, como me decía un amigo mío, son pacientes mujeres jóvenes que deberían estar pensando en casarse, tener un título, una casa y están con tres o cuatro internaciones a los veintitrés años, varios tratamientos, cortes. Un historial. (Entrevista a psiquiatra dialéctico-comportamental)

La configuración de estereotipos se produce también –en el discurso de algunos entrevistados– a través de la identificación de algunas prácticas culturales y apariencias estéticas asociadas al diagnóstico, ligadas a determinado perfil presente en ciertos sectores medios. En línea con este punto, estudios previos plantean que este diagnóstico recae típicamente sobre mujeres blancas y de clase media, en los que colaboran la circulación de estereotipos de género y la imagen heredada de la histeria femenina (Arend, 2004: 549-552; Adler & Adler, 2007: 537-570). El siguiente fragmento de entrevista ejemplifica lo expuesto:

Mujeres tatuadas, vestidas de forma alternativa, provocadora, pertenecen a movimientos ecologistas, *antiestablishment*. Les encanta la psicología, seguro que si se hace una investigación encontrarás mayor prevalencia en Puán [Facultad de Filosofía y Letras - UBA]. El tema complicado con este diagnóstico es justamente no etiquetar. (Entrevista a psicólogo cognitivo)

Por último, el proceso de descalificación sobre algunos aspectos de las conductas de las mujeres se extiende, para algunos de los/as profesionales entrevistados/as, hacia una dinámica socio-cultural más amplia, ciertos elementos “*border*” que caracterizan a las sociedades actuales. La noción de una “cultura *border*” es una noción que surgió en el discurso de varios entrevistados/as:

Hay una discusión si es algo cultural, que tendemos a verlo así, la sociedad cuando las mujeres hacen determinadas cosas las califica como “locas de mierda”, es mucho más descalificadora la sociedad cuando la mina hace algo. Yo creo que en parte la cultura se ha vuelto muy *border*, exacerbación de la conducta, vivimos en una época *pro border*, donde se estimula el descontrol, y en ese sentido para la mujer, por los roles sexuales, hacer una expresión delirante sexual es más fácil. La prostitución está llena de *borders*, la pornografía también. (Entrevista a psicólogo cognitivo)

En este fragmento, se produce un entendimiento de lo cultural no en tanto formas de entender y significar los hechos sociales, sino como un espacio colonizado por una categoría psiquiátrica (“la cultura se ha vuelto muy *border*”) que explicaría cierta permeabilidad social con comportamientos individuales del tipo TLP. Nuevamente la asociación entre conductas calificadas como negativas moralmente –tales como la prostitución y el descontrol sexual– se constituyen en el eje de la mirada psiquiátrica.

Desregulación emocional y naturaleza femenina

Cuando a los/as profesionales se les pregunta por las causas vinculadas con la emergencia del TLP, es posible identificar un segundo elemento que forma parte de las imágenes de género ligados a este trastorno: por un lado la noción de desregulación emocional y, por otro lado, cierta idea de que esta desregulación es un dato intrínseco

a la naturaleza femenina, reproduciendo –aun con matices– los polos de emoción/razón, descontrol/control, subjetividad/objetividad ligados al par feminidad/masculinidad. Así lo señalan los entrevistados:

Yo también creo que es un tipo de vulnerabilidad emocional particular, que hay un componente biopsicológico importante. (Entrevista a psicólogo cognitivo)

Por un lado las mujeres están más en conexión con sus emociones pero este mundo emocional no está bajo su control, mientras que a los hombres se los educa para el control. Hay una arquetipación de la patologización de lo femenino, estos pacientes están desconfiando de lo que sienten, se preguntan todo el tiempo si está bien lo que sienten. Hay algo de la ciclación femenina también que tiene que ver con la inestabilidad emocional que ha sido históricamente patologizada. Hay una cultura de la coherencia sobrevalorizada y eso cómo les pega a las mujeres que hoy sienten una cosa y mañana otra. (Entrevista a psiquiatra dialéctico-comportamental)

Nótese que en la cita anterior el entrevistado articula la naturaleza y la cultura en la misma explicación: si bien reconoce que la división entre control y emoción es propia de una socialización cultural y no un dato intrínseco a la naturaleza, también incluye en su explicación la noción de ciclación femenina que denota en que “las mujeres hoy sienten una cosa y mañana otra”. Esta articulación entre naturaleza y cultura se encuentra también en algunos/as autores/as considerados referentes en el campo del TLP. Es el caso de la teoría biosocial que propone Marsha Linehan (1993), quien sugiere que el TLP resulta de la transacción de una vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante. La desregulación emocional es así entendida como una condición biológica, y sobre este tipo de argumento se montan explicaciones neurocientíficas que (a diferencia del enfoque de Linehan), apuntan hacia respuestas farmacológicas. Estos enfoques subrayan la importancia del proceso neurobiológico, en particular para los síntomas de impulsividad y agresión que envuelven déficits en la función central de la serotonina y alteraciones en las regiones específicas del cerebro (Goodman, New & Siever, 2004: 104-116).

Desde ambas perspectivas, la histórica oposición entre los pares naturaleza /descontrol y cultura/racionalidad se renueva en las formas de pensar a las mujeres y al diagnóstico de TLP. Algunos fragmentos de las entrevistas ilustran este mismo punto:

Hay toda una discusión sobre si hay más mujeres o no, o si las mujeres consultan más, en realidad nosotros pensamos que hay más, esto está avalado por las cuestiones hormonales, la mayor labilidad afectiva de las mujeres a las pérdidas, por la cuestión emocional, por la cuestión de la identidad, del cuerpo, de ser madre, de que lo relacional es más importante para la mujer. (Entrevista a psiquiatra biológico)

Estos pacientes tiene una identidad mal estructurada, no saben ni quiénes son ni qué quieren ni hacia dónde van. Las mujeres de menos de veinte [años] van contagiándose de identidades, el contagio de figuras de moda puede ser peligroso, viven al filo del peligro, abusan de laxantes, dieta restrictiva, no hay referentes de normalidad, la madre está igual de loca. (Entrevista a psiquiatra psicoanalista)

El cuerpo, la identidad, la labilidad y las cuestiones emocionales intervienen en la construcción discursiva de esta vulnerabilidad biológica atribuida al diagnóstico de TLP, en virtud que estos elementos se convierten en un problema que lleva a la desregulación emocional. Las explicaciones del diagnóstico que se basan en una lectura

biosocial de las emociones apelan a una mirada sobre “la naturaleza femenina” que coincide con las explicaciones que se utilizan para justificar otras patologías como el síndrome premenstrual o el síndrome posparto. El argumento de Fabiola Rohden (2008) ilumina estos aspectos, en tanto constituyen intentos de construir explicaciones materialistas biológicas sobre las diferencias de género:

Hay una negativa resistente por encubrir el género a partir de una lógica de substancialización de la diferencia. El objeto de esa desestabilización puede variar, pasando por ejemplo de los ovarios a las hormonas sexuales. Pero la referencia a algún tipo de materialización del género permanece intacta o mejor parece irse aproximando a cada descubrimiento científico. Se percibe la pregnancia de una necesidad de esencialización de las diferencias entre hombres y mujeres a lo largo del último siglo, que remite necesariamente a la tradición dualista que caracteriza la cultura occidental moderna. (Rodhen, 2008: 148)

Entender el TLP a partir de una explicación materialista biológica que sitúa a la desregulación emocional como una característica central del diagnóstico redundante en un doble efecto: favorece la desculpabilización de las mujeres acerca de sus comportamientos, ya que se trata de procesos biológicos y, por ende, no implican una voluntad subjetiva que los gobierne, al tiempo que cristaliza las imágenes estereotipadas de género atribuyendo a la estructuración de una vulnerabilidad femenina el problema de la regulación-desregulación emocional.

Fallas en el ejercicio de la maternidad

Desde una perspectiva socio-histórica, Isabella Cosse (2010) muestra cómo se instala en la década de 1960 la asociación entre daños psicológicos y maternidad, generando nuevas asociaciones entre las fallas en el desempeño de la maternidad (en especial en lo que refiere a afectividad y al tiempo compartido) y el daño psicológico de los hijos. La naturalización de esta configuración que coloca a las mujeres como responsables de la salud mental de sus hijos es congruente con las representaciones de la maternidad que tienen mujeres de clase media, quienes aceptan que las decisiones y el trabajo de la crianza son parte central de su desempeño femenino (Schwarz, 2008: 101-113).

Estas cuestiones se detectan en el discurso de casi todos los/as entrevistados/as, donde determinadas características del rol materno se vinculan con la aparición del trastorno. “Madres que no los pudieron cuidar”, “madres que tienen TLP”, “madres que no los iban a buscar nunca al colegio”, “madres que no querían que nacieran” y “madres muy inestables, con vínculos muy erráticos con sus hijos” constituyeron la forma en la que los/as entrevistados/as describieron este proceso. La siguiente cita amplía el argumento:

Hay que ir a lo que hay de fondo, ese vacío que se siente, Green lo llamaría el complejo de la madre muerta, madres que no pudieron catetizar a un hijo en la primera infancia. Madres que están mirando a otro lado. El sujeto queda niño, es como si le faltara una horneada, cuesta ser adulto. Se queda en la puerta del Edipo, por eso les cuesta la adolescencia o el inicio de un trabajo. (Entrevista a psicólogo psicoanalista).

Esta cuestión también es problematizada por los autores “expertos” en TLP. Linehan (1993) explica que las madres tienden a mostrar respuestas emocionales más congruentes hacia los hijos varones que hacia las niñas, en consecuencia ello podría crear un ambiente invalidante que colabora en la emergencia del trastorno. En esta línea, existen programas que desarrollan intervenciones específicas para acompañar a las madres diagnosticadas con TLP en el cuidado de sus hijos (Newman & Stevenson, 2008: 505-514).

Como se desprende de estas iniciativas y de las opiniones de los entrevistados, el papel atribuido al rol materno en la manifestación del trastorno muestra cómo las imágenes de género (que naturalizan que el mundo doméstico y el cuidado de los hijos –y en última instancia su salud mental– es responsabilidad de las madres) tienen un lugar central en la construcción argumentativa de las causas del trastorno. Este elemento es común a otros trastornos psiquiátricos, donde también la mirada recae sobre la “función materna” en la “estructuración subjetiva”. Ello responde, en parte, a la asociación clásica entre obligaciones en la crianza y sustento emocional y afectivo de la descendencia y el rol materno, que coloca a las mujeres en protagonistas y responsables del cuidado de los hijos.

Consideraciones finales

En estas páginas identificamos diferentes características que conforman las imágenes de género involucradas en el diagnóstico de TLP. El análisis sugiere que los relatos de los/as profesionales entrevistados/as (re)producen los valores tradicionales históricamente atribuidos a los comportamientos de género a través de tres mecanismos: la circulación de estereotipos sobre la apariencia y comportamiento femenino que colaborarían con una tendencia a establecer el diagnóstico en mujeres; la noción de una vulnerabilidad biológica que refuerza la creencia en la “desregulación emocional” como característica intrínseca a la naturaleza femenina y la falla de la figura materna en la consecuente aparición del trastorno límite en hijas mujeres. Las apelaciones a las fallas del rol materno en cuanto al posterior desarrollo del TLP son significativas, en particular, por el modo en que son construidas discursivamente, poniendo esta cuestión casi en términos causales del diagnóstico de TLP.

Se trata de mecanismos que operan en la producción de valores de género, a través de expectativas y caracterización de los comportamientos femeninos como también del borramiento de la figura masculina respecto a las obligaciones y expectativas de cumplimiento del rol paterno. La presencia de la mujer en el ámbito doméstico y la ausencia del hombre renuevan las divisiones clásicas que operan en los modos vinculares entre ambos géneros.

Las imágenes de género asociadas al TLP construyen y reproducen vulnerabilidades, desigualdades, obligaciones y fracasos en el ejercicio de la femineidad que colocan simultáneamente a la mujer en un lugar de víctima y responsable: la figura de víctima se asocia al maltrato y/o abuso sexual, como a los estereotipos históricamente constituidos sobre las expectativas de rol (en el caso de que sean reconocidos como tales); por su parte, la responsabilidad se vincula con la atribución de fallas en el ejercicio de la maternidad que se ligarían con la emergencia del trastorno.

En suma, las imágenes de género que permean los discursos de los/as profesionales dan cuenta de un proceso de moralización de la figura femenina de características oscilantes, que podría intervenir en la configuración de los criterios médico-psicológicos inherentes al TLP, y en la que se apela –a la vez que patologiza– a una supuesta naturaleza de la femineidad.

Bibliografía

- » Adler, Patricia & Adler, Peter (2007). "The Demedicalization of Self-Injury: From Psychopathology to Sociological Deviance", *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 36, núm. 5, pp. 537-570.
- » Apfelbaum, Sergio & Gagliesi, Pablo (2004). "El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados", *Vertex*, vol. 58, núm. 15, pp. 295-302.
- » Arend, Patricia (2004). "Book Review: Women and Borderline Personality Disorder: Symptoms and Stories", *Critical Sociology*, vol. 30, núm. 2, pp. 549-552.
- » Bjorklund, Pamela (2006). "No Man's Land: Gender Bias and Social Constructivism in the Diagnosis of Borderline Personality Disorder", *Issues Mental Health Nursing*, vol. 27, núm. 1, pp. 3-23.
- » Blier, Ruth (1984). *Science and Gender: A Critique of Biology and its Theories on Women*, New York, Pergamon Press.
- » Brickman, Barbara (2004). "'Delicate' Cutters: Gendered Self-Mutilation and Attractive Flesh in Medical Discourse", *Body & Society*, vol. 10, núm. 4, pp. 87-111.
- » Chesler, Phyllis (1972). *Women and Madness*, New York, Doubleday.
- » Clarke, Juane (1983). "Sexism, Feminism and Medicalism: A Decade Review of Literature on Gender and Illness", *Sociology of Health & Illness*, vol. 5, núm. 1, pp. 62-82.
- » Cosse, Isabella (2010). *Pareja, sexualidad y familia en los años sesenta*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno.
- » Creswell, John (1994). *Research Design. Qualitative & Quantitative Approaches*, California, Sage.
- » Denzin, Norman & Lincoln, Yvonne (Eds.) (1994). *Handbook of Qualitative Research*, California, Sage.
- » Dey, Ian (1993). *Qualitative Data Analysis*, London, Routledge.
- » Fox Keller, Evelyn (1985). *Reflections on Gender and Science*, New Haven, Yale University Press.
- » Glaser, Barney & Strauss, Anselm (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, New York, Aldine Publishing Company.
- » Goodman, Marianne, New, Antonia & Siever, Larry (2004). "Trauma, Genes, and the Neurobiology of Personality Disorders", *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1032, pp. 104-116.
- » Haraway, Donna (1991). *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*, New York, Routledge.
- » Harding, Sandra (1991). *Whose knowledge? Thinking from Women's Lives*, New York, Cornell University Press.
- » Johnson, Dawn et al. (2003). "Gender Differences in Borderline Personality Disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study", *Comprehensive Psychiatry*, vol. 44, núm. 4, pp. 284-292.
- » Johnstone, Lucy (2000). *Users and Abusers of Psychiatry: A Critical Look at Psychiatric Practice*, London, Routledge.

- » Laporte, Lise & Guttman, Herta (1996). "Traumatic Childhood Experiences as Risk Factors for Borderline and Other Personality Disorders", *Journal of Personality Disorders*, vol. 10, núm. 3, pp. 247-59.
- » Laqueur, Thomas (1990). *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, Cambridge, Harvard University Press.
- » Lewis, Glyn & Appleby, Louis (1988). "Personality Disorder: The Patients Psychiatrists Dislike", *The British Journal of Psychiatry*, vol. 153, núm. 1, pp. 44-49.
- » Linehan, Marsha (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, Guilfor.
- » Maffia, Diana (2007). "Epistemología feminista: la subversión semiótica de las mujeres en la ciencia", *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 12, núm. 28, pp. 63-98.
- » Mantilla, María Jimena (2008). *Prácticas y discursos psi en torno a las internaciones. Etnografía de un hospital psiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires*, tesis de maestría, Buenos Aires, UBA.
- » ——— (2009). "Cuerpo y relaciones terapéuticas: una reflexión antropológica sobre la noción de trastorno límite", *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, vol. 8, núm. 23, pp. 292-342.
- » ——— (2010). *De persona a paciente: las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de la ciudad de Buenos Aires*, tesis de doctorado, Buenos Aires, UBA.
- » ——— (2011). *Mito o diferencia: Análisis de las imágenes de la femineidad en la construcción de diagnósticos psiquiátricos. El caso del trastorno límite de la personalidad (borderline)*, informe final de investigación, Buenos Aires, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud.
- » Martin, Emily (2006). *A mulher no corpo. Uma análise cultural da reprodução*, Río de Janeiro, Garamond.
- » Montero, Isabel et al. (2004), "Género y salud mental en un mundo cambiante", *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, núm. 1, pp. 175-181.
- » Newman, Louise & Stevenson, Caroline (2008). "Issues in Infant-Parent Psychotherapy for Others with Borderline Personality Disorder", *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 13, núm. 4, pp. 505-514.
- » Ospina Martínez, María Angélica (2006), "Con notable daño del buen servicio. Sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá", *Antípoda*, vol. 2, pp. 303-314.
- » Paris, Joel (1997). "Social Factors in the Personality Disorders", *Transcultural Psychiatry*, vol. 34, núm. 4, pp. 421- 452.
- » Prior, Lindsay (1991). "Mind, Body and Behavior: Theorizations of Madness and the Organization of Therapy", *Sociology*, vol. 25, núm. 3, pp. 403-421.
- » Rohden, Fabiola (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*, Río de Janeiro, Fiocruz.
- » ——— (2008). "O império dos hormônios e a construção das diferenças de gênero", *Historia, Ciências, Saúde*, vol. 15, pp. 133-152.
- » Rose, Hilary (1983). "Hand, Brain, and Heart: A feminist Epistemology for the Natural Sciences", *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 9, núm. 1, pp. 73-90.

- » Ruiz Somavilla, María José & Jiménez Lucena, Isabel (2003). “Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica”, *Frenia*, vol. 3, núm. 1, pp. 6-29.
- » Ruiz, Martín & Vairo, María Carolina (2008). “Trastorno límite de la personalidad. Reino de mujeres, tierra sin hombre”, *Vertex*, 2008, vol. 19, núm. 81, pp. 303-308.
- » Sabo, Alex (1997). “Etiological Significance of Associations Between Childhood Trauma and Borderline Personality Disorder: Conceptual and Clinical Implications”, *Journal of Personality Disorders*, vol. 11, núm. 1, pp. 50-70.
- » Schiebinger, Londa (1993). *Nature's Body. Gender in the Making of Modern Science*, Boston, Beacon Press.
- » ——— (1987). “The History and Philosophy of Women in Science: A Review Essay”, *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 12, núm. 2, pp. 305-332
- » Schwarz, Patricia (2008). “Viejas asechanzas de la maternidad en nuevos escenarios. Un estudio en mujeres jóvenes de clase media de la Ciudad de Buenos Aires”, *Mora*, vol. 14, núm. 2, pp. 101-113.
- » Scott, Joan (1988). *Gender and The Politics of History*, New York, Columbia University Press.
- » Sen, Gita & Östlin, Pirooska (2007). *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión de Determinantes sociales de la OMS*, OPS/OMS.
- » Shaw, Clare & Proctor, Gilliam (2005). “Women at the Margins: A Critique of the Diagnosis of Borderline Personality Disorder”, *Feminism & Psychology*, vol. 15, núm. 4, pp. 483-489.
- » Showalter, Elaine (1985). *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, New York, Pantheon.
- » Skodol, Andrew & Bender, Donna (2003). “Why Are Women Diagnosed Borderline More than Men?”, *The Psychiatric Quarterly*, vol. 74, núm. 4, pp. 349-360.
- » Slucki, Daniel & Wikinski, Mariana (2004). “Una aproximación psicoanalítica a las personalidades límites”, *Vértex*, vol. 58, núm. 15, pp. 274-279.
- » Warner, Sam & Wilkins, Tracey (2004). “Between Subjugation and Survival: Women, Borderline Personality Disorder and High Security Mental Hospitals”, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 34, núm. 3, pp. 265-278.
- » Wilkins, Tracy & Warner, Sam (2001). “Women in Special Hospitals: Understanding the Presenting Behaviour of Women Diagnosed with Borderline Personality Disorder”, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 8, pp. 289-297
- » Wirth-Cauchon, Janet (2001). *Women and Borderline Personality Disorder*, Rutgers, Rutgers University Press.