



VNIVERSITAT
D' VALÈNCIA



Máster en Género y Políticas de Igualdad

Universitat de València

Trabajo Fin de Máster

Cuerpo, cordura y locura.

*Aproximaciones a la psicoterapia feminista y el activismo feminista loco
desde una perspectiva interseccional*

Autora: Daniela Paz Farfán Montes

Tutores: Amparo Bonilla Campos, Dau García Dauder

Valencia, septiembre 2021

Resumen:

Este trabajo es un ejercicio de aproximación al cuerpo desde una perspectiva interseccional, proponiendo una escucha y un diálogo entre psicoterapia feminista y activismo feminista loco. Desde la pregunta por la decolonización de las teorías y prácticas en salud mental, se intenta profundizar en cuáles son las éticas que se ponen en juego desde los feminismos en los abordajes sobre corporalidad y subjetividad. En el intento y el desafío por incluir la pregunta por el cuerpo, emerge la interrogante sobre cuál es la relevancia que se da a la interseccionalidad en estos quehaceres y contextos de locura y cordura, así como revisar su efectividad política y limitaciones. Así mismo, procura la revisión de tensiones, críticas y puestas en común, entre espacios terapéuticos y activistas locos, que se enmarcan dentro del feminismo, tanto en Chile, como en España.

Palabras clave: Cuerpo, psicoterapia feminista, activismo feminista loco, interseccionalidad

Abstract:

This study approaches the body from an intersectional perspective, proposing to listen as well as to establish a dialogue between feminist psychotherapy and mad feminist activism. From the question of the decolonization of mental health theories and practices, this project aims to deepen into the ethics at stake in feminisms in their approach to corporality and subjectivity. In the attempt to include the issue of the body, arises the question about what is the specific relevance of intersectionality in these disciplines and in the context of sanity and madness, as well as the need to review its political effectiveness and limitations. The present study also reviews the tensions, criticisms and commonalities, between therapeutic spaces and crazy activists, which are framed into feminism, in both Chile and Spain.

Keywords: Body, feminist psychotherapy, mad feminism, intersectionality

<i>Agradecimientos</i>	7
<i>I. Introducción (o el comienzo en los latidos)</i>	8
<i>II. Perspectiva epistemológica (o la piel como mirada)</i>	10
<i>III. Formulación del problema y pregunta de investigación (o respirar para silenciar el ruido mental)</i>	13
<i>IV. Objetivos de investigación (o el deseo de conocer)</i>	16
<i>V. Marco teórico (o sentir la herida y sanar con otras)</i>	17
V.1. Género y salud mental	17
V.1.a. El sistema/cultura de salud mental patriarcal	17
V.1.b. Enfoques de género en salud	20
V.1.c. Sesgos androcéntricos en la salud mental: castigo y control sobre los cuerpos	23
V.1.d. Rebelión del feminismo de la segunda ola en salud mental	28
V.1.e. Qué es la psicoterapia feminista y cuál es el lugar del cuerpo.	30
V.2. Locura, feminismo y activismo en primera persona	33
V.2.a. La locura como opresión sobre (los cuerpos de) las mujeres	33
V.2.b. La locura como resistencia al sistema de opresión.....	36
V.2.c. Activismo loco en primera persona y Grupos de apoyo mutuo	38
V.3. Cuerpos y subjetividades de allá y acá	40
V.3.a. Descolonizar la subjetividad es volver hacia los cuerpos.....	40
V.3.b. Feminismos afrodescendientes: el origen de la interseccionalidad.....	45
V.3.c. La Interseccionalidad: Normatividad, identidades y etcéteras	47
V.3.d. Intersección con emociones.....	50
V.3.e. Intersección con cuerpos políticos.....	51
V.3.f. Intersección con cuerpos sexuados y género	52
V.3.g. Intersección con moldes aprendidos.....	54
<i>VI. Metodología (o modelar el hacer)</i>	56

VI.1. Justificación y exposición de la metodología elegida.....	56
VI.2. Técnicas de recogida de datos	57
VI.3. Selección y caracterización de participantes.....	58
VI.4. Método y descripción de los instrumentos	60
VI.5. Descripción del procedimiento de análisis	63
VII. <i>Análisis de resultados (o la Escucha de portadoras del saber/hacer)</i>.....	64
VII.1. Salud Mental: críticas desde la psicoterapia feminista y el activismo loco	64
VII.1.a. Psiquiatría y psicología androcéntrica: Diagnósticos, psicofármacos	64
VII.1.b. Diagnósticos ¿al servicio de quién?.....	66
VII.1.c. El sitio poder de los psicofármacos	68
VII.1.d. Psicología hegemónica como un saber colonizador sobre la subjetividad, sexualidad y el género vs. psicoterapia feminista como crítica	73
VII.1.e. Crítica de los activismos a la patologización individual, profesionalización e institucionalización	77
VII.2. Cuerpos e interseccionalidad: La dificultad de la práctica.....	81
VII.2.a. Dualismos y binarismos entre cuerpo y subjetividad	83
VII.2.b. Cuerpos y sexualidad	85
VII.2.c. Condiciones económicas, edad, raza y locura: el cuerpo como obstáculo	89
VII.2.d. Cuerpo y colonización: Violencia epistémica y estructural sobre los cuerpos.....	92
VII.2.e. Cuerpo loco y deforme: El activismo loco en primera persona como resistencia	94
VII.3. Aspectos teóricos y críticos de la psicoterapia feminista y el feminismo loco ...	96
VII.3.a. Normalidad y normatividad sobre los cuerpos	96
VII.3.b. Críticas hacia los espacios terapéuticos: Privatización del malestar	99
VII.3.c. Críticas hacia los espacios terapéuticos: Relaciones de poder y supuesto saber	101
VII.4. Prácticas feministas en psicoterapia y activismos.....	103
VII.4.a. Lo personal y lo político: Activismos y ética feminista	103
VII.4.b. Agencia/responsabilidad.....	107

VII.4.c. Grupos de apoyo mutuo.....	109
VII.4.d. Retos y desafíos en clave feminista y decolonial para la psicoterapia feminista y Activismos locos.....	111
<i>VIII. Discusión y perspectivas (o conversación y movimiento con sentido).....</i>	117
VIII.1. Críticas desde la psicoterapia feminista y el activismo loco en salud mental.	117
VIII.1.a. Cuerpo objeto	117
VIII.1.b. Cuerpo sujeto.....	118
VIII.1.c. Coro de voces críticas.....	120
VIII.2. Problematizando el cuerpo desde la interseccionalidad y decolonialidad.	122
VIII.2.a. El costo de un cuerpo normal	122
VIII. 2.b Un cuerpo invisible.	124
VIII.2.c. El cuerpo en un espacio heteronormal.....	125
VIII.2.d Cuerpos categorizados en una resbaladiza interseccionalidad.	127
VIII.3. Aspectos teóricos y críticos en psicoterapia feminista y activismos locos feministas relacionado con los cuerpos, en Chile y España.	128
VIII.3.a. La normalidad es la gran cuestionada o nuestros cuerpos no calzan con el molde.....	128
VIII.3.b. Las relaciones de poder o cuerpos en orden de importancia.....	130
VIII.3.c. Voz en primera persona contra el patriarcado y privatización de malestares.....	131
VIII.4. Trabajo práctico en espacios terapéuticos feministas, así como en activismos locos relacionado con los cuerpos, en Chile y España.	134
VIII.4.a. Cuerpos sobrexigidos como herencia de la misoginia.....	134
VIII.4.b. Cuerpos en espacio seguro y ética feminista.....	134
VIII. 4.c. Algunas problemáticas sobre la agencia.....	137
VIII.5. Difracciones finales: Corporalidades y subjetividades Ch'ixi	137
<i>IX. Concluyendo con los pies en la cabeza</i>	142
<i>Bibliografía</i>	153
<i>Anexos</i>	158

Anexo 1: Guion entrevista psicoterapeutas	158
Anexo 2: Guion entrevista activistas movimiento feminista loco	159
Anexo 3: Consentimiento informado tipo.....	160

Agradecimientos

Chaltu may

A todas las personas que aceptaron dar la entrevista, por su tiempo, generosidad e inspiración.

A Amparo y Dau, por guiarme con su lucidez y experiencia.

A Rodrigo, Salvador y Octavio por su amor y su humor; por acompañarme siempre.

A mi familia en Chile, por su apoyo y cariño.

A mis mujeres amigas por ser parte de mi cuerpo y llenarme de memorias, cariños, risas y sostén.

A mis ancestras, partiendo por mi madre a quien honro especialmente.

A todas las feministas que nos han abierto camino, aún sin saberlo.

A mi disciplina y porfía.

A mi cuerpo por su salud, vulnerabilidad y fuerza.

I. Introducción (o el comienzo en los latidos)

Partimos desde una necesidad de aprehender caminos que establezcan puentes de conexión con el cuerpo como fuente de conocimiento y que construyan rutas de decolonización en la devaluación de lo corporal, en su marginamiento y cosificación. Partimos de la convicción de que el cuerpo es una clave maestra en cualquier ámbito.

Esta investigación aborda la pregunta sobre el rol del cuerpo y sus significados dentro de los ámbitos de atención de la cordura y la locura, o, en otras palabras, el papel que desempeña el cuerpo para la psicoterapia feminista y el activismo feminista loco, desde una perspectiva interseccional y cuáles pueden ser los acentos que se identifican en España y Chile.

Esta triangulación entre psicoterapia feminista, activismo feminista loco y cuerpo, cruza varias interrogantes que fueron necesarias de abordar para luego intentar relacionarlas entre sí: primero, de qué feminismo estamos hablando, desde dónde miramos o nos posicionamos para abordar la investigación; segundo, qué se puede entender como psicoterapia feminista (entendiendo que no existe solo una), cuáles son sus principales características, propuestas y desafíos; tercero, qué se entiende por activismo feminista loco (entendiendo que tampoco es homogéneo), cuáles son sus premisas y diferencias con el ámbito de la psicoterapia y la psiquiatría; cuarto, cuando hablamos de cuerpo, a qué nos estamos refiriendo, qué pone en juego el cuerpo, cuáles son sus límites o qué abarca, ¿hablamos de un cuerpo individual o también de un cuerpo social y político?; por último, qué relevancia puede tener para estas materias, situarse desde una premisa interseccional, qué significa y cómo opera en la práctica.

Una vez planteada la problemática, nos conduce hacia un frente común: la crítica hacia el sistema de salud biomédico hegemónico como un brazo del patriarcado moderno y colonial, que ha ejercido control sobre los cuerpos especialmente de las mujeres denominadas locas y generado un ordenamiento basado en la dicotomía cuerpo/mente que ha causado efectos devastadores en la relación con el cuerpo, relegándolo y reduciéndolo a objeto de estudio y de control, totalmente subordinado a la racionalidad.

Para comenzar, fue necesario precisar las perspectivas epistemológicas desde dónde se pretendía abordar el proceso, siendo los feminismos decoloniales y los afrofeminismos de la segunda ola, los afluentes principales; así como también, revisar desde el ámbito de la salud, qué marcos conceptuales feministas se ponían en juego en el cruce de todas estas temáticas. Dentro de la perspectiva crítica donde se enmarcan los feminismos, están: los feminismos psicoanalíticos, los feminismos postestructuralistas y los feminismos de la diferencia, para señalar algunos. Desde los cuales se han tomado algunas premisas y marcos referenciales

relativos a sus aportaciones en el área de la salud, desde una mirada de género como un determinante en salud.

Como objetivo general de este trabajo de investigación se estableció el explorar e identificar los retos, posibilidades y dificultades en el trabajo teórico y práctico de la psicoterapia feminista y de los activismos feministas locos, en relación al papel y significado que puede tener el cuerpo interseccional dentro de estas propuestas, en España y Chile. Para ello se implementó una metodología cualitativa y de análisis de contenido de la información obtenida de entrevistas semiestructuradas a modo de guion, aplicadas a psicoterapeutas y activistas del movimiento feminista loco, que estuvieran residiendo tanto en Chile, como en España. Para ello, se establecieron categorías temáticas desde donde se desprendieron las preguntas para las entrevistas, que, a su vez, fueron diferentes para psicoterapeutas y activistas.

Una vez realizadas las entrevistas el análisis de la información se fue estructurando de acuerdo a los objetivos específicos y las categorías temáticas previamente establecidas, en el siguiente orden: principales críticas hacia el sistema de salud mental por parte de psicoterapia feminista y activismo feminista loco; interseccionalidad y su relación con el cuerpo; aspectos teóricos y críticos de la psicoterapia feminista y el activismo feminista loco; aspectos relativos a las prácticas.

Como marco teórico fue necesario revisar las premisas del sistema de salud mental y las limitaciones que presenta una perspectiva biomédica, sesgos androcéntricos en salud, el surgimiento de la segunda ola del feminismo y con ella, los comienzos de la psicoterapia feminista y el movimiento feminista loco, de la mano del movimiento antipsiquiatría. Fuimos explorando las principales características de cada uno de estos ámbitos, premisas, diferencias y congruencias, dentro de los feminismos en relación al cuerpo, en la atención de la cordura y la locura. Luego nos adentramos en la pregunta por el cuerpo desde los feminismos decoloniales, afrofeminismos y la interseccionalidad, intentando desglosar ampliamente diversas problemáticas relacionadas con las corporalidades y cómo opera el entramado de privilegios y opresiones que se refleja en los cuerpos, los espacios donde interactúan los cuerpos, y las emociones que conlleva, es decir, intentando problematizar la interseccionalidad con las corporalidades a nivel subjetivo, intersubjetivo, social y político.

Con las experiencias y reflexiones recogidas, se intenta poner en marcha un proceso de reflexividad que busca pistas para la (re)construcción y apropiación de pensamiento y práctica mestizos; una porfía sobre la reproducción en la segmentación del conocimiento desde la racionalidad moderna, donde el cuerpo ha quedado reducido a objeto de estudio y control. Mi formación académica en psicología, así como la de la mayoría de personas entrevistadas, no

incluyó una perspectiva de género, ni revisó perspectivas críticas desde el feminismo, aun existiendo mucho conocimiento producido por mujeres en psicología, se sigue invisibilizando con sesgos androcéntricos y sexistas; normalizando un abordaje del cuerpo como una parte accesoria de la subjetividad humana (y universal).

De esta forma, la presente investigación pretende conectar con formas de aproximación al cuerpo, desde una subjetividad y ética feminista decolonial. Esto implica la desmantelación de universales hegemónicos y la recuperación de la corporalidad como territorio político y social. Así mismo, poner en diálogo perspectivas aparentemente opuestas, como son la psicoterapia feminista y el activismo feminista loco, con el fin de visualizar nuevas perspectivas para un quehacer terapéutico, que incluya la escucha de estos contrapuntos, para repensar y posicionar nuestros acompañamientos, con la consciencia de que nos situamos en espacios en construcción (siempre).

II. Perspectiva epistemológica (o la piel como mirada)

Como punto de partida, me situaré desde una situación personal. Vivir en España, ha sido un espejo (como mujer chilena) de quién soy, y quién no soy. Mi cuerpo y por lo tanto mi experiencia, mi historia, mis formas de entender, mis modelos, mi subjetividad, ha decantado estando aquí; la experiencia real de la cultura colonial, no fue hasta venir acá, que pude identificar con claridad ese conflicto encarnado, más allá de las ideas políticas que podría traer.

El trabajo en alianza con epistemologías críticas y decoloniales, permite desmantelar la colonialidad del saber y sus hegemonías discursivas; el supuesto universal de “las mujeres” como un grupo que posee las mismas opresiones y necesidades; la agenda única del feminismo que invisibiliza diferencias y nubla la pluralidad, los privilegios y opresiones que habitamos en nuestros cuerpos; la incorporación de contradicciones o fracturas epistémicas que invitan deconstruir y reconstruir nuevas formas de aproximación al conocimiento, con autoras como Silvia Rivera Cusicanqui, Rita Segato, Gloria Anzaldúa, Verónica Gago o María Lugones.

Al mismo tiempo, intentando establecer un diálogo con los conocimientos situados que propone Donna Haraway (1995), por su relación con las experiencias encarnadas e históricas como lugar de enunciación de una verdad parcial -mas no relativista- y no universalista, que reconoce que su posicionamiento influye en el conocimiento producido, y a la vez favorece la difracción como una potencialidad.

La perspectiva feminista decolonial y su mixtura con los conocimientos situados, permite observar esa frontera, como dice Gloria Anzaldúa o ese mestizaje Ch'ixi, del que habla

Silvia Rivera Cusicanqui, como un Gris que se compone de la yuxtaposición de pequeños cuadrados negros y blancos, que no se mezclan uno con el otro, pero que, al alejarse, se percibe gris como color. Ese ser manchado, contradictorio, fragmentado, se sitúa la identidad y la composición de esta investigación y la mía propia como investigadora, como mujer-sujeto-que conoce, pretendiendo observar críticamente y (re)significar algunas dicotomías provenientes de los discursos hegemónicos que llevo encarnados en el cuerpo, que he escuchado siempre con un ruido a modo de interferencia.

El cuerpo es lo que somos, nuestro cuerpo nos pertenece, pero también pertenecemos a él y gracias a él. Consideremos el cuerpo como un “resumen” de la historia personal y colectiva, con todo lo que eso implica y también como una herencia de la cultura en la que nacemos, entonces, ¿Podemos hablar del cuerpo de las mujeres? la perspectiva decolonial y la interseccionalidad, levantan su crítica porque es insuficiente, porque no incluye la realidad de todas las mujeres, de todas las personas en su diversidad; esto ocurre en los cuerpos. Hay cuerpos que vienen de una historicidad en la que ni siquiera fueron considerados como seres humanos, como menciona María Lugones (2008) y por lo tanto hablan de la construcción del concepto de género como una herencia colonial.

Las epistemologías decoloniales acompañan la aproximación hacia el objeto y pregunta de estudio desde un lugar y hacia una dirección que remite todo el tiempo a la presencia del cuerpo y las diferencias entre los cuerpos.

Una desobediencia a la forma de conocer desde Europa y Estados Unidos como única posible, que ha invisibilizado o dejado en una categoría inferior otras aproximaciones de conocimiento, propia de los pueblos bárbaros o salvajes, tal como nos explican autores como Walter Mignolo o Aníbal Quijano. Saberes que, sin embargo, un cuerpo manchado por esta colonialidad, igualmente encarna desde su historia y su cultura: intuiciones enterradas, desconfianzas subterráneas y certeza de injusticias sostenidas, de heridas coloniales que ahora ejercen los propios Estados Naciones Latinoamericanas en imitación, y actuando desde cierta autonomía soberana, pero que sabemos, siguen sosteniendo un tratamiento sobre el territorio, las personas y el conocimiento con lógicas coloniales.

Esos mundos en disputa están en mi cuerpo hoy, eso es lo que soy hoy, mi identidad. Mi cuerpo se ha conformado como ha podido, alimentándose y resistiendo binarismos, dicotomías culturales, propios del sistema patriarcal, colonial, neoliberal y capitalista en el que nací y crecí: cuerpo/mente; cuerpo objeto/cuerpo sujeto; dictadura/democracia neoliberal; mujer chilena/mujer migrante; extranjera privilegiada/migrante que se “ennegrece”; psicóloga DSM /psicóloga “feminista”.

Dicotomías jerárquicas porque se organizan de tal manera que siempre hay una que tiene más valor sobre la otra y que me conforman, como encarnación de contradicciones que dialogan permanentemente en mi cuerpo/subjetividad. Mi historia personal está constituida por cuadros blancos y negros (y probablemente de más colores) que se yuxtaponen como piezas o fragmentos que en la medida que los observo, se vuelven menos antagónicos o monstruosos y sólo coexisten (Ch'ixi). Mi cuerpo soy yo, y me determina, pero también lo construyo y practico a diario. Por lo tanto, puedo deconstruir y reconstruir diferentes configuraciones de esos fragmentos de mí, una identidad nunca terminada.

Entenderme como una persona que habita un cuerpo manchado, compuesto de contradicciones y mandatos, es parecido a un proceso terapéutico. Asumiendo el proceso de terapia, no como una “normalización” o “adaptación” de pensamientos y conductas para responder a un sistema de manera más “funcional”, privatizando malestares de las mujeres, de las personas; sino como un proceso principalmente de cuidado, de integración de dicotomías que provocan dolor; como espacio de comprensión de múltiples opresiones relacionales, culturales y sociales, como un espacio de politización encarnada.

La psicología como ciencia -y la psicoterapia clínica como su médula vertebral- la he aprendido con sus moldes europeos y estadounidenses, como se enseña en la universidad chilena, con autores y autoras, modelos y corrientes propios del norte global, salvo algunas excepciones. He participado como consultante en diferentes procesos de psicoterapia con hombres y mujeres desde la adolescencia, y yo soy una psicoterapeuta que cree mucho en la importancia de este oficio, así como en lo fundamental de su presencia de forma accesible en salud pública. Veo la relevancia de que la perspectiva feminista decolonial e interseccional politice sus prácticas, desmantele los estereotipos y despatologice a mujeres y disidencias; así como también haga suyo problemáticas relativas a la corporalidad, su diversidad y las opresiones asociadas a cada realidad, no como algo anexo a lo mental, sino como eje central de la persona, de todas las personas.

Para esto y como ejercicio de escucha, es importante atender lo que reivindica y critica el movimiento feminista loco. La locura ha sido invisibilizada y estigmatizada como forma de control sobre el cuerpo de las mujeres, sin embargo, desde espacios colectivos de cuidado y de denuncia, han levantado reflexiones y voces en primera persona necesarias de observar y atender desde la psicoterapia feminista. El quehacer profesionalizante, en el ámbito de la locura y otros aspectos de salud de las mujeres, ha sido atropellador con sus voluntades, silenciándolas bajo el saber de expertos; sin embargo, tiene toda lógica que las personas con sufrimiento

psíquico participen en las decisiones que conducen sus tratamientos o formas de abordar su bienestar.

De esta forma, el posicionamiento para comenzar esta investigación es el de la escucha de los contrapuntos entre psicoterapia feminista y activismo feminista loco, el de la valoración por los opuestos que coexisten, desde una lógica comprensiva, de apertura y convicción de que se pueden aportar mutuamente.

III. Formulación del problema y pregunta de investigación (o respirar para silenciar el ruido mental)

La dicotomía cuerpo-mente está presente en muchas áreas que tienen implicancia en esta investigación. En psicología, frecuentemente el cuerpo pasa a ser algo anexo o queda relegado a un vehículo transportador de la mente, una especie de materialidad o envase de la subjetividad (salvo en casos en que los malestares o problemáticas de la persona estén asociadas directamente a su condición corporal y el estigma que eso acarrea socialmente, como en el caso de las personas transexuales, intersexuales, con diversidad funcional, obesidad, anorexia, entre otras). Sería apropiado revisar si esta dualidad entre la psiquis y el cuerpo, entre la materialidad y la subjetividad, permanece, se desdibuja y/o se re-elabora desde una perspectiva feminista en la psicología.

Como premisa, sostendremos que, tanto desde la psicología feminista, como desde el activismo feminista loco, parece bastante insostenible ya, hablar del cuerpo como un cuerpo universal. Es como pretender hablar de la mujer sin caer en el esencialismo.

Es por ello que se vuelve necesario un despliegue de dimensiones que nos ayuden a abordar el tema del cuerpo, desde perspectivas feministas en el eje de la cordura y la locura. Concebir el cuerpo como materialidad que trasciende lo físico, que tiene una dimensión simbólica, que remite a una identidad, que encarna la experiencia de la persona en tanto que sujeto y donde repercuten todas sus decisiones, a nivel individual y como parte de una comunidad.

Es fundamental extremar el cuidado con lo que llamamos normalidad cuando nos referimos a los cuerpos, como un acto político necesario, desnaturalizar esa palabra. Porque bajo ese concepto se han cobijado las hegemonías del saber y control que hemos sufrido. Y no se trata de negar el cuerpo biológico sino más bien de problematizar la posibilidad de acceder a su “naturaleza” de forma directa y sin mediaciones simbólicas, socializadoras o representacionales; como una materialidad completamente biológica descontextualizada de la

cultura, a la que podríamos acceder para definir hasta dónde llega “el cuerpo normal de la mujer” (afirmaciones peliagudas en el contexto del feminismo español hoy, a propósito de las polémicas que despierta la nueva *ley trans*)¹.

Desde la psicología con perspectiva crítica feminista, podríamos aproximarnos al cuerpo de forma compleja y más allá de la biología, como un constructo vivo, dinámico e implicado en todas las áreas de la persona. La superación de la biología como determinante sobre los roles de género fue un punto de partida de la crítica feminista, para deconstruir lógicas patriarcales y de dominación. Hoy, para algunos discursos dentro de los feminismos parece más bien un punto de llegada, de cierre definitivo sobre la identidad, cuerpo sexuado y sujeto político.

Las categorías y dimensiones culturales, económicas, políticas, sociales que han determinado las condiciones en las que habitan los cuerpos, son construcciones que norman a esos cuerpos, desde un sistema de orden social hegemónico, patriarcal, colonial, androcéntrico, extractivista. Si partimos de la base que el patriarcado es un sistema hegemónico que ejerce opresión sobre los cuerpos, lo es doblemente sobre los cuerpos y territorios colonizados o que han sido víctimas de la psiquiatría. Los cuerpos, como cuerpos situados, locos, sexuados, generizados, colonizados y oprimidos, que habitan un sistema sexo-género que continúa demarcando categorías dualistas y normativas desde hegemonías coloniales, desde la blanquitud.

La homogenización sobre los cuerpos invisibiliza realidades distintas que configuran identidades corporales y subjetividades diversas, pero que son fundamentales en la experiencia de cada persona y han de ser prioridad en psicoterapia, por ejemplo. En este sentido el concepto de Interseccionalidad no es abstracto, es concreto y ocurre en cada cuerpo.

Por otra parte, como herencia patriarcal, el cuerpo ha sido una importante forma de dominación y control sobre las mujeres locas específicamente. A lo largo de la historia se las ha asociado a ellas con la dimensión corporal y emocional; a los hombres con la razón, quedando la corporalidad en una categoría inferior a la mente, reducido al control de la sexualidad o de la reproducción, asociado a la emocionalidad y vulnerabilidad femeninas.

Como se ha mencionado anteriormente, en la psicología han existido sesgos y discriminaciones importantes hacia las mujeres, basándose en supuestas diferencias corporales

¹ Anteproyecto de ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, aprobada por el Consejo de Ministros en junio de 2021.

biológicas. A partir de aquello se convierten en objeto de estudio de la ciencia, se las excluye como sujeto de generación de conocimientos y se elaboran pautas de normatividad de lo femenino, es decir, de normalidad y anormalidad de género.

En esta línea y tomando como punto de partida el cuerpo, en siglos pasados se ha argumentado la discriminación hacia las mujeres, por sus funciones cognitivas cuando están menstruando o su inteligencia asociada al tamaño de su cerebro. Se ha sobrediagnosticado y sobre medicalizados procesos que responden a evolución natural del cuerpo como la menstruación y la menopausia o se ha abusado del diagnóstico enfermedades psiquiátricas, propias de las mujeres, recetando antidepresivos y/o ansiolíticos, sin importar demasiado los efectos secundarios. Esto, cuando surge la psiquiatría, porque antes eran acusadas de brujas y quemadas en la hoguera, la mayoría de ellas, por no obedecer o cumplir con mandatos relativos al rol de género, como veremos más adelante.

Desde distintas corrientes psicológicas, se ha dejado el plano corporal en subordinación a otras dimensiones propias del psiquismo o del comportamiento, anulando la importancia de la corporalidad para la resignificación de vivencias, traumas, formas de crianzas, sexualidad, emociones y relaciones. En definitiva, el cuerpo como condición de posibilidad en relación con los demás y con el mundo.

En el contexto de lo que podría considerarse una psicología feminista, (porque no existe una sola) y del activismo feminista loco, respecto a la corporalidad, nos situarnos fuera de una psicología psiquiátrica y de categorías diagnósticas, por ser una herencia que arrastra una historia de sesgos, sistemas de opresión y grupos de poder privilegiados, que han patologizado a la persona de forma individual, cuando muchos malestares son productos de un sistema patriarcal. Esto no niega la importancia de realizar buenos diagnósticos en psiquiatría y que los psicofármacos han cambiado la calidad de vida de muchas personas que poseen trastornos que traen altos grados de sufrimiento, sin embargo, el posicionamiento para esta investigación apunta hacia una comprensión social, sistémica y política de muchos de los malestares que llegan a consulta y que aquejan a los cuerpos hoy.

Haremos una breve revisión en la disciplina y cómo se han ido derribando sesgos androcéntricos de poder en el conocimiento científico. Intentaremos responder preguntas como ¿Cuál es la evolución de las ideas feministas que han influido en la psicología? ¿Qué aspectos de la disciplina se han transformado y cuáles son sus ámbitos de acción? ¿De qué manera aborda el tema de los cuerpos? ¿Cómo trabajar para desmontar lógicas hegemónicas desde la práctica psicoterapéutica feminista, de manera de ampliar su relación con los cuerpos como

lugares de interseccionalidad? ¿Qué debiese escuchar la psicoterapia feminista del movimiento feminista en primera persona?

Así llegamos a la pregunta central para esta investigación, que intenta responder, desde una perspectiva crítica feminista, decolonial e interseccional, cuáles son los retos, posibilidades y dificultades en el trabajo teórico y práctico de la psicoterapia feminista y en los activismos feministas locos y comprender el papel y el significado que puede tener el cuerpo dentro de estas propuestas, contrastando diferencias o similitudes en España y en Chile.

A todas las personas nos atraviesa el patriarcado, lo llevamos encarnado o incorporado y provoca sufrimiento. La teoría feminista y decolonial pueden ser de ayuda para deconstruir mandatos y nociones dicotómicas sobre los cuerpos, en contextos de cordura y locura.

IV. Objetivos de investigación (o el deseo de conocer)

Objetivo General:

Explorar e identificar los retos, posibilidades y dificultades en el trabajo teórico y práctico de la psicología feminista en el ámbito psicoterapéutico y de los activismos locos feministas, en relación al papel y significado que puede tener el cuerpo dentro de estas propuestas, en España y Chile.

Objetivos específicos:

- 1.- Explorar y describir el diálogo entre psicología, locura y feminismos.
- 2.- Explorar y problematizar el cuerpo desde la interseccionalidad y decolonialidad.
- 3.- Relacionar aspectos teóricos y críticos en psicoterapia feminista y activismos locos feministas relacionado con los cuerpos, en Chile y España.
- 4.- Analizar el trabajo práctico en espacios terapéuticos feministas, así como en activismos locos relacionado con los cuerpos, en Chile y España.

V. Marco teórico (o sentir la herida y sanar con otras)

V.1. Género y salud mental

V.1.a. El sistema/cultura de salud mental patriarcal

“Lucho a favor de políticas y de epistemologías de la localización, del posicionamiento y de la situación, en las que la parcialidad y no la universalidad es la condición para que sean oídas las pretensiones de lograr un conocimiento racional. Se trata de pretensiones sobre las vidas de la gente, de la visión desde un cuerpo, siempre un cuerpo complejo, contradictorio, estructurante y estructurado, contra la visión desde arriba, desde ninguna parte, desde la simpleza” (Donna Haraway, 1995, pp.335)

El concepto de modelo médico hegemónico es una explicación global de los fenómenos desde la biología del individuo, donde el cuerpo es un objeto de estudio sujeto a la perspectiva profesional, las relaciones son verticales y por lo tanto jerárquicas y donde se excluyen o desvalorizan saberes o prácticas no médicas. Se centra en cuadros sintomatológicos para levantar diagnósticos que son tratados principalmente por la medicación, sin considerar historia de vida o factores sociales. De esta manera, se ejerce un control ideológico construido para producir significados convencionales y acordes a una ideología dominante (Menéndez, en Castillo 2018).

A su vez, Sara Velasco (2006) distingue diferentes posicionamientos epistemológicos de las teorías de la salud, en grandes bloques, donde el predominante es el bloque biomédico y psicosocial. Proviene de la ciencia moderna, desde el siglo XVII. Se sitúa en una epistemología positivista. El cuerpo es un objeto de estudio médico, que describe con “objetividad” los fenómenos, diagnostica y clasifica. La enfermedad tiene que ver con los órganos y su función, sus causas son biológicas y monistas vinculadas a factores genéticos. Su modelo de atención está centrada en el médico como observador de un objeto de estudio. Este modelo también incluye el modelo psicosocial que añade las mismas características para la mente, es decir, entiende la mente como órgano cuyos síntomas son la conducta, los trastornos mentales serían una desviación a la norma, una desadaptación de la anatomía y su fisiología, al medio. Este modelo es el médico hegemónico.

Específicamente en salud mental, este modelo hegemónico ha generado diversos efectos sobre las creencias, premisas, prácticas y “verdades” en el abordaje del malestar psíquico. En las últimas décadas ha habido una fuerte tendencia a la “cerebralización” del sufrimiento psíquico, de las explicaciones sobre causas, tratamientos y comprensión de la salud mental. Lo “neuro” ha pasado a ser la respuesta más válida y preferida al momento de estudiar los fenómenos psíquicos, argumentando que las afecciones psicológicas son principalmente

estados del cerebro. Términos como trastorno cerebral y neuropsiquiatría han adquirido más credibilidad que trastorno mental y psiquiatría y presenta una ambivalencia que no es sencilla: por una parte puede ser liberadora o empoderante en la medida que la persona se explica su condición como un funcionamiento cerebral determinado y se hace responsable de ello, manteniendo su cerebro “saludable” se convierte en una persona autónoma; pero al mismo tiempo puede ser fuente de estereotipos, estigmas sociales como barreras identitarias difíciles de modificar, en la medida que son determinantes (Vidal & Ortega, 2021).

El nexos farma-psi se ha utilizado de la traducción Pharma-Psych nexus (Williams, Katz y Martin, 2011 en Vidal & Ortega, 2021) y hace alusión a la industria psicofarmacológica destinada a influir en la química del cerebro, camufla una complicidad de la medicina y la industria farmacéutica en ámbitos de salud mental, siendo a veces la psiquiatría cooptada por intereses comerciales: Médicos que son incentivados a recetar ciertos medicamentos y no los genéricos disponibles en el mercado o que reciben regalos de compañías, generando desconfianza pública sobre la profesión médica (Grande, 2010 en Vidal & Ortega, 2021). Se ha observado que diversos estudios científicos exacerban los resultados positivos en investigaciones clínicas e invisibilizan los negativos, para exagerar la efectividad de ciertos medicamentos. Esto plantea un dilema ético, ya que el financiamiento en educación e investigación científica proviene de las farmacéuticas, presentando claros conflictos de interés.

Según Vidal y Ortega (2021), actualmente existen fuertes críticas a este modelo dado que hay medicamentos que no han funcionado como se esperaba, algunos antipsicóticos de última generación no demuestran ser más efectivos que los anteriores, algunos han sido relacionados con muerte súbita, diabetes, aumento de peso, riesgo cardiovascular. Estas críticas están acompañadas por un cuestionamiento desde las terapias psicológicas hacia la cerebralización de los malestares o sufrimiento psíquico, tendientes a la “desnosologización” de las enfermedades mentales, vale decir, huir del sobrediagnóstico como se ha utilizado y avanzar hacia la combinación de factores sociales, psicológicos y conductuales.

Según la OMS (2021) la mayor cantidad de recursos destinados por los Estados en salud mental, va destinado a hospitales psiquiátricos, donde los abusos a los derechos humanos siguen siendo muy habituales, mediante prácticas coercitivas. Existe una necesidad de dirigir las prácticas de la salud mental hacia lo comunitario, con énfasis en la recuperación mediante el apoyo para la vida cotidiana, facilitar el acceso al alojamiento y los vínculos con los servicios de educación y empleo, con un enfoque basado en los derechos humanos, tal como se recomienda en el *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2020-2030* de la OMS, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2021, que presenta los siguientes objetivos:

- Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.
- Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta.
- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental.
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

La misma OMS en sus *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios en Salud Mental*, se refiere a la falta de recursos en muchos servicios de salud mental, que estos siguen operando con reglamentos obsoletos, que aún cuentan con una excesiva dependencia del modelo biomédico, en el que predomina una atención sobre los diagnósticos, los psicofármacos, pasando por alto los factores sociales que influyen en la salud mental, necesarios para un enfoque basado en los derechos humanos. Como resultado, muchas personas en todo el mundo son vulneradas en los mismos centros de atención.

Javier Erro, psicoterapeuta y activista del movimiento loco, en su libro *Pájaros en la Cabeza, activismo en salud mental desde España y Chile* (2021) propone el término de cultura de la salud mental como un conjunto de prácticas sociales bajo una lógica que las aprueba, es decir, cumple un rol dentro de la sociedad. El autor menciona que la humanidad ha existido la mayor parte de su historia sin este sistema de salud mental y que ideas diferentes, podrían sustentar una cultura diferente de la salud mental. La cultura de la salud mental se basa en ideas de la psiquiatría, la psicología, pero no todas son científicas, también recibe influencia del mundo del trabajo, los libros de autoayuda, películas, redes sociales, investigaciones académicas, que más allá de ser verdaderas o falsas, son ideas hegemónicas y responden a un consenso social, ayudan a mantener un orden determinado. Esta cultura hegemónica ha colonizado gran parte de territorios con realidades muy diferentes, donde se impone como única o como la más válida, tras marginar (o arrasar) otras epistemologías de comprensión. Enfatiza en que hay mentes que funcionan bien y otras no, vivencias psicoemocionales adecuadas y otras no; demarcadas por sistemas categoriales de inclusión y exclusión como el DSM² y el CIE³ que estandarizan las vivencias y realidades diversas, mediante la convención

² Manual diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association - APA.

³ Código Internacional de Enfermedades (CIE 10), elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

de sus continuas actualizaciones, pretendiendo acercarse a la objetividad científica. (Erro, 2021).

“se ha ensalzado la objetividad de tal manera que la subjetividad ha sido situada como algo de lo que hay que desconfiar. La cultura de la salud mental ha adoptado una noción muy simplificada y, además, es muy poco consciente de ello. Se utiliza la evidencia científica como un sello de veracidad, de manera acrítica” (Erro, 2021 p.48)

Algunas características principales de la cultura de la salud mental que menciona Erro (2021) son: es individualista, es decir, que personaliza el malestar, es especializada, profesionalizante (esto ha entregado un carácter de omnipotencia a los “expertos en” que ha sido una de las fuentes de abuso de poder y vulneración de derechos de las personas psiquiatrizadas) y es descontextualizada de factores sociales. Deviene en una perspectiva egoísta de las emociones (son más importantes las emociones individuales que las colectivas); instala una idea simplista de los pensamientos (si cambias lo que piensas, puedes cambiar lo que sientes); jerarquiza ciertas ideas por sobre otras que conviene más a un sistema socioeconómico neoliberal, como es el biologicista y el boom Neuro, como una ideología.

V.1.b. Enfoques de género en salud

Según Sara Velasco (2009) la perspectiva feminista introduce el acento en las opresiones sociales que están produciendo sufrimiento psíquico en las mujeres y que hace que tengan una mayor prevalencia en determinados trastornos mentales como la ansiedad, la depresión, el trastorno bipolar o el trastorno límite de la personalidad. Enfatiza en la socialización de género y los estereotipos que reproducen un sistema que mantiene a las mujeres constreñidas dentro de los mandatos culturales. La autora define tres líneas de acción a lo largo de la historia en salud respecto a las mujeres, que promueven distintos abordajes prácticos de investigación:

A) Salud de las mujeres (sin enfoque de género): cuyo fundamento es que las mujeres tienen problemas específicos en salud como, por ejemplo, los reproductivos. Su objetivo es atender dichos asuntos proporcionando métodos y recursos específicos para las mujeres, a través de programas de atención diferenciados.

B) Desigualdades de género: se basa en la premisa de discriminación, desigualdad e inequidad social entre sexos, su objetivo sería reparar esa diferencia promoviendo la igualdad, a través de la identificación de sesgos, marcos explicativos desde una perspectiva de género y promover medidas técnicas y políticas para subsanar esta realidad; genera investigación sobre morbilidad diferencial por sexos, identifica sesgos en el acceso, atención, tratamientos.

C) Género como determinante de salud: las vivencias, salud y enfermedad de las mujeres, está condicionada por variables psicosociales relativas al género. Busca transformar relaciones de poder y de subordinación subjetiva entre sexos, mediante métodos que analizan y modifiquen modelos de socialización respecto a estereotipos de roles y significados subjetivos, genera líneas investigativas sobre determinantes psicosociales de género y desarrolla intervenciones colectivas y clínicas que promuevan su transformación.

Estas líneas de acción de salud en las mujeres, se enmarcan en diferentes teorías de la salud y epistemologías. Las que abordamos en esta investigación se ubican dentro de las teorías críticas en salud, cuya principal característica es que incluyen el contexto social y la subjetividad, vale decir la experiencia vivida, en el abordaje de salud-enfermedad.

Las teorías críticas están ligadas a las ciencias sociales, a través de distintas concepciones del ser humano como un ser social y un sujeto psíquico (no objeto de estudio). Entregan mucha relevancia a la cultura y situaciones vividas como determinantes para enfermar, es decir, la interacción social con la subjetividad, es central. Se propone una clínica centrada en cada paciente, priorizando la escucha como práctica central. La clasificación diagnóstica cede protagonismo a la generación, interpretación y comprensión de significados. Dentro de este modelo crítico se encuentran los enfoques: socialista, biopsicosocial, ecosocial y psicoanalítico, cada uno de ellos, con sus características y particularidades que no alcanzamos a abordar aquí.

Velasco (2006) sostiene que, desde este modelo crítico de salud, se desprende un bloque crítico feminista específico, que, a su vez, se ramificará en diversas perspectivas. La teoría crítica feminista, que está en sintonía con los distintos enfoques de este modelo, añade la diferencia sexual, la opresión sobre las mujeres en el sistema patriarcal y las relaciones de poder como forma de comprensión humana. De esta manera, las propuestas feministas en salud se relacionarán con la identificación y transformación de factores opresivos, la socialización y deconstrucción de posiciones subordinadas (sociales y subjetivas), la defensa de la autonomía y autorresponsabilidad. Concibe la salud y enfermedad como proceso biológico de expresión de conflictos propios de la posición social de las mujeres (roles, identidades sexuales), cuestiona el determinismo biológico del sexo y es multicausal biopsicosocial e interaccionista. Sus modelos de atención se centran en las mujeres como sujetos sexuados, identificando los factores sociales generadores de malestar y en clarificar las experiencias desde ese lugar, apuntando a romper con la subordinación, fortalecer la autonomía y apropiación de sus propias vidas mediante prácticas de estructuras colectivas no jerárquicas, como la autoayuda, o el

apoyo mutuo. Se considera transversal la relación del sexo entre médico-paciente y estereotipos de género en juego.

De esta manera, los estudios feministas en salud buscan develar y cuestionar: la exclusión, el silencio y la omisión; el tratamiento sesgado, la devaluación, la discriminación y la subordinación de lo femenino y de las mujeres mismas. Así mismo, dismantelar las premisas biologicistas de características y diferencias entre hombres y mujeres; las premisas esencialistas que ligan ser mujer a la biología (sexo) y no a la construcción cultural (género); las premisas universalistas, que suponen una identidad igual para todas las mujeres. Por último, busca identificar y transformar la lógica binaria y jerárquica que desvaloriza uno de los opuestos (asociado a lo femenino) entre las díadas; hombre-mujer, activo-pasivo, público-privado, racional-emocional, mente-cuerpo (Velasco, 2006).

Desde esta concepción general del enfoque feminista en salud, se desprenden tantos marcos teóricos según la diversidad de feminismos que existe, con posiciones epistemológicas propias y matices respecto al entendimiento de salud y enfermedad. De todos ellos, mencionaremos algunos que se enmarcan en la línea de acción del género como un factor determinante en salud y que mayormente representan el encuadre de esta investigación por tres razones: 1) Por las epistemologías que me resuenan como investigadora, 2) Por la formación académica que predominan en las profesionales entrevistadas (mayoritariamente psicoanálisis y Gestalt, aunque también había un caso de teoría cognitivo-conductual) y 3) Por la teoría feminista crítica desde donde emerge el activismo feminista loco. Estos marcos referenciales son:

- Feminismo postcolonial, en tanto feminismo multicultural que deconstruye identidades universales, critica al feminismo blanco hegemónico, insiste en la diversidad entre las mujeres, por etnia, edad, clase social, país o ideología. Incorpora la multiplicación de variables determinantes de salud, tales como la cultura, diversidad sexual, el acceso, la discriminación en entornos médicos. Desde este marco teórico, nos conducimos al feminismo decolonial y afrofeminismos, desarrollados con más detención más adelante, que le entregan urgencia al cuestionamiento del racismo, a relevar los cuerpos, diversidades, territorios y colectivos no blancos, como fuente de reflexiones y estrategias políticas feministas.
- Feminismo psicoanalítico, en tanto describe la influencia de la sociedad en la subjetividad, intenta comprender la subordinación de las mujeres a través de la experiencia vivida, la internalización y reproducción desde la propia subjetividad de la devaluación y represión de lo femenino. El sufrimiento subjetivo es consecuencia de

factores sociales y culturales (sexuales, normativos) incorporados o normalizados. Este marco incorpora la subjetividad en salud, el análisis de identidades masculinas y femeninas, cuestionar y desmantelar los ideales de feminidad.

- Feminismo estructuralista y Postestructuralista: Importancia del sistema sexo/género como marco comprensivo de la realidad de las mujeres en un sistema patriarcal construido sobre opresiones de género, justificadas por el sexo biológico, relaciones de poder y asimetrías culturales atribuidas y naturalizadas, roles de género, subordinación y violencia, analizar factores psicosociales derivados de esas relaciones. Yendo más allá el feminismo posestructuralista, cuestiona el sujeto mujer como único y universal, deconstruye generalizaciones, problematiza la relación biología/cultura, plantea una búsqueda por la singularidad y añade el concepto de performatividad y de prácticas. Influyen otros factores como la etnia, la edad, la ideología, la diversidad sexual, diversidades corporales.
- Feminismo radical de la segunda ola, que en conjunto con el movimiento antipsiquiatría, conforman las bases del feminismo loco. Se opone al poder patriarcal y capitalista evidenciando relaciones de poder, intereses económicos y de sujeción mediante prácticas como la prostitución, la pornografía, el aborto, la violencia sexual. Denuncia sesgos y violencias médicas sobre las mujeres y su control sobre los cuerpos, la reproducción, la sexualidad.
- Feminismo de la diferencia, principalmente desde su propuesta de recuperar y reconciliar aspectos de la diferencia sexual. La importancia de la ética del cuidado (muy relevante en salud y salud mental), el estudio sobre la subjetividad e identidad de las mujeres y lo femenino.

Los enfoques feministas en salud tienen en común desnaturalizar, problematizar y erradicar las opresiones de la ideología de explotación y dominio del patriarcado. Comparten el horizonte común que intenciona la recuperación y apropiación de un relato sobre la historia de los cuerpos, sus memorias, heridas, resistencias.

V.1.c. Sesgos androcéntricos en la salud mental: castigo y control sobre los cuerpos

El trastorno mental en las mujeres se puede reflejar en el recorrido histórico de la histeria que, a su vez, tiene directa relación con concepciones sobre el cuerpo desde cada contexto temporal. De esta manera, se podría afirmar que la construcción de la categoría de

trastorno mental, tiene una relación directa con la comprensión del cuerpo (y su control) desde cada momento histórico, lo que es posible rastrear desde la filosofía clásica. En determinados momentos el cuerpo es excluido del ámbito de los trastornos mentales, en otros, es causa directa desde sus órganos, principalmente el cerebro, o el útero en el caso de la histeria (Guzmán, 2018).

Así mismo, el estudio del cuerpo también fue excluido de las ciencias sociales, respondiendo a una lógica moderna dicotómica entre naturaleza (biología) y cultura, siendo algo ajeno a los fenómenos sociales. Es en las décadas de 1950 en adelante que comienza a ser leído más allá de un conjunto de procesos biológicos, entre otras cosas, donde ocurre un ejercicio de control y de poder sobre las prácticas corporales (intentando definir las como naturales). El cuerpo es un significante donde se cristalizan y se reflejan imaginarios sociales, culturales que van definiendo ciertos campos de coherencia dictando formas de comportamiento y de subjetividad. La biología y las ciencias naturales, abandonan su carácter de neutras de poseedoras del ámbito corporal (Guzmán, 2018).

El cuerpo y sus expresiones asociadas a la histeria, como desmayos, convulsiones, delirios, alucinaciones, ha tenido diferentes interpretaciones. El pensamiento mágico asociado a lo sobrenatural en época presocrática (que podría asociarse a los saberes chamánicos en Abya Yala), donde no tenía necesariamente una connotación negativa, sino adivinatoria y de comunicación con lo divino. Luego con el surgimiento del alma en tiempos de Platón, emerge la dualidad de materialidad del cuerpo versus el espíritu o el alma, y así se convierte en un objeto de estudio por separado, naciendo la cultura hipocrática y del saber poder de la medicina actual, que implica dejar atrás la atribución sobrenatural de algunos comportamientos, y asociarlos más al cuerpo como causante de enfermedades, en el orden de la naturaleza. En particular en la mujer existía un órgano *histeron* (útero en griego) que se movía dentro de este cuerpo y que, en conjunto con la teoría de los humores y sus fluidos corporales, podía provocar alteraciones orgánicas y cuyos tratamientos, a base inhalación de olores o purificaciones vaginales entre otras, intentaban devolver ese *histeron* a su lugar. Más tarde, en la edad media con la hegemonía de cristianismo en occidente, se transforma totalmente el conocimiento respecto al cuerpo, en concepciones y prácticas: el cuerpo era glorificado y reprimido a la vez, en especial el cuerpo de la mujer, que representaba un foco de desconfianza por arrastrar al pecado, al placer. Por esto se normativizó, entre otras reglas, que las mujeres cubrieran sus cuerpos por ser motivos de vergüenza, recluidas en espacios privados y domésticos, y un exhaustivo control sobre la sexualidad. Se construye una definición del cuerpo sobre lo sagrado y lo profano, el concepto de herejía, como parte de espacios sociales que no acataban las normas

de la iglesia, grupos relegados que, a su vez, eran percibidos como amenaza para la clase dominante (Guzmán, 2018).

Es entre los siglos XVII al XX que la modernidad cambia profundamente la relación con el cuerpo, por las revoluciones científicas que lo convierten en un objeto de estudio y dominación, lo diseccionan, lo analizan y lo convierten en una máquina, completamente escindido de la razón. El cuerpo como espacio de alienación como material de trabajo al que hay que someter y exprimir al máximo en productividad, para responder a los intereses económicos de las clases dominantes y el naciente capitalismo (Federicci, 2004).

El cuerpo es explicado desde un discurso científico, como un conjunto de órganos que cumplen determinadas funciones y desde ahí se comprenden la salud y la enfermedad. En este contexto la salud mental, también es entendida como una falla orgánica, y luego funcional, la histeria en particular llega a consolidarse como una “enfermedad de los nervios”. Más tarde en la época de Charcot, Freud y Breuer se construye una perspectiva bastante revolucionaria para la época que presentaba el cuerpo no sólo como una estructura de funcionamiento orgánico, sino que añadía una lectura simbólica y psicodinámica, donde el síntoma podía ser interpretado por el lenguaje de la misma persona y no sólo mediante la observación y el trabajo sobre él (Guzmán, 2018).

Ya en el siglo XX, la mente, heredera del concepto de alma, se convierte en repositorio de discursos filosóficos y científicos de cada contexto y el cuerpo, desde una concepción psicofísica, como objeto de estudio para la psicología moderna, a través del método científico. La psicopatología se constituye como un área de estudio que define los trastornos mentales, entendidos como conflictos individuales que se manifiestan en los cuerpos y sus comportamientos, pero que pasa absolutamente por la observación y conocimiento médico como experto. Con la psicopatología las enfermedades comienzan a ser clasificadas con criterios estadísticos según la presencia de determinados síntomas y signos, y para unificar un lenguaje médico, se instauran los manuales estadísticos en salud mental. Los sesgos androcéntricos, misóginos, racistas, en la historia de la psiquiatría y de la psicología han sido cuestionados por diferentes autoras desde los feminismos, construyendo una perspectiva crítica que desmantela concepciones arcaicas y actuales sobre el tratamiento del sistema de salud mental hacia las mujeres. El feminismo como una teoría crítica y como un conjunto de prácticas, que viene a corregir el conocimiento sesgado y androcéntrico que es el que se enseña hasta el día de hoy en la mayoría de las escuelas de psicología (García Dauder, 2019a).

Históricamente las mujeres han sido excluidas como sujeto de conocimiento y construidas como objeto de estudio, en todas las áreas imaginables, y por supuesto, también en

la psicología. Se ha homogeneizado el conocimiento a la medida de los hombres, extrapolando sus descubrimientos o teorías automáticamente hacia las mujeres, o bien estigmatizado su condición de mujer con diagnósticos típicamente femeninos, asociados a la debilidad, las diferencias biológicas, cerebrales y un largo etcétera que se puede revisar a lo largo de los años (Harding 2015 en García Dauder, 2019).

Las violencias e injusticias epistémicas ejercidas sobre las mujeres se cubren con un manto de sujeto psicólogo neutro, blanco, heterosexual, objetivo y libre de valores, que ha homogeneizado la especificidad del conocimiento psicológico (precisamente haciéndolo pasar por imparcial y “científico”) inclusive cuando se ha tratado de estudios sobre diferencias sexuales o raciales. Nancy Tuana (2006, en García Dauder, 2017) devela distintas formas de reproducción de ignorancia sobre la realidad específica de las mujeres, sus cuerpos y salud, que mantienen esta injusticia epistémica. Tuana menciona cinco tipos de ignorancias sobre las mujeres en la ciencia:

- Saber que no sabe, pero no importa (ejemplo: anticoncepción masculina).
- Ni siquiera se sabe que no se sabe (ejemplo: anatomía sexual femenina, próstata y eyaculación femenina).
- Cuando no quieren que sepamos (ejemplo: efectos secundarios de los fármacos específicamente en las mujeres).
- Por voluntad, por no querer saber (ejemplo: esterilización en mujeres negras, indígenas, gitanas).
- La ignorancia desde el cuidado (como una habilidad de no saber, la consciencia de que no se puede conocer todo, la necesidad de convivir con la incertidumbre), que sería la única forma positiva de ignorancia.

Este tipo de sesgos en la ciencia, también se han reflejado en la psicología en parte, con la invisibilización de pioneras que han estado a lo largo de toda la construcción de esta disciplina y que quedan olvidadas tras sus compañeros (hombres) de investigaciones. La historiadora de la ciencia Margaret Rossiter (1993 en García Dauder 2019a) propone el “efecto Matilda” (en respuesta al “efecto Mateo” de Robert Merton en 1968) para referirse a la invisibilización de las mujeres en diversos estudios y en la construcción de teorías, siendo discriminadas por distintos motivos, omitidas como co-autoras o relegadas a ser la “hija de”, la “esposa de”, o derechamente las que han sufrido la usurpación de conceptos o teorías. Aunque no profundizaremos aquí en cada una de ellas, sí que se puede ejemplificar con Mary Ainsworth en la teoría del apego, Rosalie Rayner en su trabajo con Watson y el pequeño Albert,

Anna Freud como hija de Sigmund, más que por sus aportaciones a la psicología infantil, Psyche Cattell como hija de Cattell y no como la creadora de la Escala de Inteligencia Infantil de Cattell, Laretta Bender como la creadora del test gestáltico visomotor de Bender, que al quedar solo nombrada en su apellido, se asume que ha sido creado por un hombre.

Para Harding (en 2015, en García Dauder, 2019b) las sociedades y la ciencia se co-producen mutuamente, vale decir, que sociedades sexistas y racistas tenderán a generar ciencias que también lo sean. Es por esto que el conocimiento que provenga de grupos sociales que no pertenezcan a los dominantes ni hegemónicos, ayudarán a promover un acercamiento a la objetividad, siendo necesarias políticas democráticas y participativas para la generación de nuevos conocimientos y así evitar que sólo elites de raza, género, sexo y clase sean las que conduzcan la investigación.

¿En qué medida el feminismo puede resultar como un correctivo epistémico en la psicología y de qué feminismo estamos hablando? De la misma manera, ¿Qué correcciones puede sugerir el movimiento loco feminista la psicología? ¿Cuáles son los campos de ignorancia que develan los activismos en primera persona?

Miranda Fricker (2017) propone el concepto de injusticia epistémica (mencionado más arriba), refiriéndose un tipo específico de injusticia que se produce cuando la capacidad de una persona para transmitir conocimiento y dar sentido a sus experiencias, es anulada. Menciona que hay dos tipos de injusticias epistémicas: la testimonial, consiste en la desvalorización de la credibilidad sobre el relato de un hablante, causada por algún prejuicio. Se puede definir como un déficit de credibilidad prejuicioso proveniente de lo identitario del hablante, que está vinculado a un patrón más amplio de desigualdad, como por ejemplo una mujer con un diagnóstico psiquiátrico agudo frente a la opinión de una junta médica. Por otra parte, la injusticia hermenéutica es una brecha, una desventaja en la comprensión o interpretación colectiva sobre determinadas experiencias sociales, que es causada por prejuicios estructurales sobre un colectivo, como podría ejemplificarse en personas migrantes que ingresan a un país, desconociendo el idioma y que quedan excluidos a todo nivel provocando un efecto bola de nieve: a nivel comprensivo idiomático en el lenguaje y códigos culturales, en dinámicas sociales y de acceso a derechos básicos; luego son asociados con conductas delictivas y de peligrosidad urbana.

V.1.d. Rebelión del feminismo de la segunda ola en salud mental.

En las décadas de 1960 y 1970, en el contexto de movimientos sociales propios de una época contestataria, movimientos estudiantiles, manifestaciones antirracistas y de derechos civiles; de reivindicaciones de las diversidades sexuales y de la liberación sexual y reproductiva, es donde irrumpe la subjetividad en el espacio público. El feminismo de la segunda ola, tras el lema *Lo personal es político*, levanta reflexiones y críticas relevantes en torno al espacio doméstico, la sexualidad y la dominación de un pensamiento androcéntrico y sus efectos sobre la subjetividad femenina. Un despertar respecto del lugar que ocupan las mujeres en el ámbito social, dinámicas de dominación discriminación, sexismo, normalizadas en la vida diaria (Varela, 2008; Fraser 2015, en Castillo, 2019).

Kate Millet publica el texto *Política Sexual* en 1970 poniendo en evidencia cómo el patriarcado, en tanto que sistema de sometimiento y subordinación se introducía en la esfera privada y regulaba las prácticas de las mujeres. Kate Millet es una de las figuras emblemáticas del cruce entre el feminismo y las personas sobrevivientes de la psiquiatría; representa un feminismo transgresor y una expresión colectiva de locura, al mismo tiempo, por su propia historia de vida. Tras varias internaciones psiquiátricas, criticó fuertemente a esta disciplina por apoderarse de las mujeres diagnosticadas (Wiener, 2005 en Castillo, 2019).

El movimiento feminista ha construido una trayectoria importante en espacios de apoyo mutuo en salud, que han repensado la salud-enfermedad de las mujeres, identificando sesgos de género y prácticas sexistas en diversas áreas de la salud, así como también, en salud mental. Uno de los pioneros, es el movimiento de liberación de las mujeres y los grupos de autoconciencia (fuera del ámbito sanitario y con el objetivo, entre otras cosas, de generar conciencia colectiva: como reza el lema antes mencionado, “Lo personal es político”).

Al mismo tiempo, en la década de 1970 surgen espacios de mujeres dentro del ámbito sanitario, y también desde la antipsiquiatría, pero que legitima una atención profesional especializada hacia las mujeres y que sentaría las bases de la terapia feminista, como un enfoque con perspectiva de género, consciente del colectivo de mujeres como colectivo oprimido por dinámicas sexistas patriarcales naturalizadas en el ordenamiento social (aunque después vendrán todas las críticas de los feminismos negros e indígenas para decir que el sujeto “mujeres” no es suficiente).

Los grupos de autoconciencia de mujeres en la década de los 60, cuyo término se le atribuye a Kathie Sarachild, tenían como objetivo hacer colectivos los malestares cotidianos y emocionales de las mujeres en sus distintos contextos sociales, para darles un sentido político

y de transformación; producir conciencia sobre las realidades de las mujeres para llevarlas a una acción de cambio. Estos grupos de autoconciencia feminista identificaban lógicas dicotómicas sobre las que se reproduce un sistema patriarcal y androcéntrico de socialización entre lo masculino y lo femenino: sujeto/objeto; razón/emoción; cultura/naturaleza; mente/cuerpo, entre otras. Los grupos de autoconciencia de desligaban de perspectivas terapéuticas porque consideraban que la terapia implicaba una enfermedad que había que sanar para, de alguna manera, adaptarse nuevamente al sistema (Guzmán Martínez, Pujal i Llombart, Mora Malo, García Dauder, 2021).

Por otro lado, los grupos de autoayuda o de autoconocimiento, asumieron una exploración del propio cuerpo, como una forma de reapropiación del mismo, siendo icónicas sus formas de trabajo con el espejo. Estos grupos sí se enmarcaban en el movimiento de salud de las mujeres, cuestionando los mandatos sexuales, reproductivos y tratamientos que provenían generalmente de profesionales hombres; denunciando la violencia obstétrica, ginecológica y médica, sufrida por las mujeres. De esta manera, el movimiento de salud de las mujeres se transformó en una forma política de resistencia, apropiación del conocimiento y de lucha política. Paralelamente a estos grupos de autoconocimiento en la salud, surgen las agrupaciones vinculadas específicamente a salud mental con profesionales como Phyllis Chesler y Jane Ussher en EEUU, Ellen Showalter en Inglaterra, Franca Basaglia en Italia, Mabel Burin desde Argentina, y Carmen Sáez en España, entre otras, que fueron denunciando que muchos malestares tenían causas patriarcales, y empeoraban por violencias ejercidas desde el sistema psiquiátrico hacia las mujeres (Guzmán Martínez, et al., 2021).

Betty Friedan en *La mística de la feminidad* (1963) definía el problema que no tiene nombre, como un malestar asociado a la salud mental y con una concepción holística de la salud, al que luego se fueron sumando y contraponiendo las perspectivas de los feminismos negros y de mujeres indígenas desde veredas antirracistas y anticolonialistas, con fuertes críticas a lo constreñido del concepto de mujer y feminidad que proponía el feminismo radical, desde los textos de Friedan. Colectivos como el *National Black Women's Health Project* (NBWHP), el *Native American Women's Health Education Resource Center* (NAWHERC), la *National Latina Health Organization*, la *SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective*, son algunos de ellos. (Guzmán Martínez, et al., 2021).

Los grupos de autoconciencia y los grupos de autoayuda en el contexto de la salud, fueron muy relevantes para el surgimiento de los grupos de psicoterapia feminista que buscan generar conciencia de desigualdades y opresiones que comparten las mujeres y que repercuten en la subjetividad generando un malestar, intentan deconstruir y generar resistencias. En

paralelo desde el discurso de la antipsiquiatría emergían voces de mujeres que fueron fundamentales, tales como Franca Basaglia (Italia), Mari Langer (Argentina), Sylvia Marcos (México), Carmen Sáez Buenaventura (España), María Huertas (España).

En las décadas de los 1970, 1980 y 1990, mujeres que habían pasado por experiencias de psiquiatrización, con agudos malestares psíquicos, sufriendo violencias desde el sistema médico -algunas de ellas provenientes del movimiento feminista- comienzan a hacer una revisión crítica, tanto de la psicoterapia feminista, como del mismo feminismo, dado que muchas mujeres denunciaban haber sido invisibilizadas y sometidas por profesionales de la salud mental que se decían feministas y que reproducían un cuerdisimo en sus prácticas profesionales. Judith Chamberlin, en 1975 resaltaba la necesidad de hablar en voz propia, desde las mismas mujeres que habían sufrido tales vulneraciones, para que levantara la voz de un colectivo específico, oprimido por la psiquiatría y el patriarcado; ya no sólo desde la crítica a los sesgos en prácticas médicas sexistas que denunciaba el feminismo. Estas serían las bases para el Orgullo Loco, que realiza su primer encuentro en 1993 en Toronto Canadá, tras algunos antecedentes: Kate Millet escribe en 1990 su libro *Viaje al manicomio* donde cuenta su experiencia en el sistema psiquiátrico, después de haber sido diagnosticada como maniaco depresiva, dentro del cual vivió varias reclusiones, siempre con el terror de volver a ser encerrada; situaciones que eran intencionadas desde sus propios familiares; Shulamith Firestone y Susan Faludi también fueron importantes predecesoras que compartieron experiencias, reconocieron invisibilizaciones del movimiento feminista hacia la realidad de las mujeres locas y defendieron el derecho de autorrepresentación de las personas con sufrimiento psíquico (Guzmán Martínez, et al.,2021).

V.1.e. Qué es la psicoterapia feminista y cuál es el lugar del cuerpo.

Para Mafe Barrera (2021) del equipo de Casa Mundana de Chile, la psicoterapia feminista es situada, es decir, se posiciona frente a un sistema político que tampoco es neutral, sino opresor y en constante retroalimentación con el síntoma, el malestar y el dolor, en alianza con una psicología que se ha negado a cuestionar y corregir su colaboración con una cultura que odia y somete a las mujeres y niñas en todo el mundo. La misoginia, como ideología estructurante de la cultura patriarcal, ha estado presente en la psicología como disciplina y, por lo tanto, ha obstaculizado y disminuido la potencialidad transformadora, propia del espacio terapéutico. Desde su enfoque, la psicoterapia feminista, entre otras cosas, se presenta como un reconocimiento de corporalidades y experiencias en resistencia a la ideología a la base del

sistema cultural vigente. Se refiere no sólo a los cuerpos de las mujeres y niñas, sino a corporalidades que están fuera de la identidad hegemónica hombre, blanco, heterosexual, y que igualmente han sido violentados. El maltrato sobre los cuerpos se acentúa en la medida que se distancian de ese cuerpo hegemónico (cuerpos lesbianos, travestis, intersexuales) y se elevan las dosis de odio, en tanto se van cruzando más condiciones codificadas como categorías de opresión, desde la lógica patriarcal y capitalista (clase social, pertenencia a pueblo originario, condición migratoria, por ejemplo).

De esta manera, la psicoterapia feminista, como práctica subalterna en construcción en Latinoamérica, se fundamenta en aspectos éticos, teóricos y metodológicos que buscan erradicar la misoginia histórica y basal, restaurando y recuperando el espacio simbólico y material de la terapia.

Dau García Dauder (2019a) desde España, plantea un análisis de lo que podría significar la perspectiva de género/feminista en psicología y psicoterapia según objetivos, sus contenidos y formas:

Respecto a sus principios y objetivos señala que más que una técnica, es una perspectiva, es decir, una filosofía de una práctica basada en principios de igualdad, lo que en algún lugar la pone en conflicto con los feminismos, dado que el profesionalismo presenta una relación de poder y el feminismo es una teoría que cuestiona las relaciones de poder. De esta manera, presenta un compromiso con la igualdad social, la redistribución del poder y del conocimiento. Tiende o busca la horizontalidad entre terapeuta y paciente sin invisibilizar los privilegios y el poder que genera el conocimiento, sino socializarlos. Por otra parte, busca politizar los malestares, llevando la sociedad a la terapia ayudando a que las mujeres puedan confrontar sus malestares con las opresiones sociales que los causan y no se centra en lo intra psíquico. La psicoterapia feminista no tiene un compromiso con la adaptación o ajuste de la persona a su entorno, sino que tiene un compromiso con el cambio. No separa el cambio individual del cambio social, estos más bien, van ligados. La idea sería politizar lo personal y no psicologizar aspectos que son políticos. Para esto debe entregar herramientas a las pacientes para ver y comprender las causas de su sufrimiento y buscar vías de transformación propias (García Dauder, 2019a).

Respecto a los contenidos, la psicoterapia feminista no hace interpretaciones sexistas, no fomenta roles estereotipados de género, tampoco se pretende neutra y se aleja de lo androcéntrico poniendo atención en la desigualdad como fuente de conflictos y malestar para las mujeres. El análisis de las raíces de los conflictos siempre va de la mano con el contexto sociocultural, de esta manera redefine los problemas en términos sociales y de género.

Promueve la toma de conciencia y el análisis de experiencias de discriminación y opresión en las mujeres apoyándolas en sus decisiones y en el desarrollo de estrategias. La psicoterapia feminista también pondría especial atención a las relaciones de poder, asociando malestares o sus síntomas como respuesta indirecta con la falta de poder, alejándose de la patologización y los diagnósticos, puesto que es consciente de los sesgos de estos y de los tratamientos, así como la estigmatización que podrían tener en mujeres que sufren violencia. Es fundamental tener en cuenta las diferencias entre las mujeres y las distintas opresiones que las atraviesan. Parte importante de sus valores es evitar el individualizar y psicologizar el sufrimiento, promoviendo las redes de apoyo, de interdependencia y la autonomía (García Dauder, 2019a).

La ausencia de una perspectiva feminista en un espacio terapéutico podría representar un lugar de riesgo, toda vez que podría ser una fuente de reproducción de las violencias patriarcales y misóginas, desde la posición de poder que encarnan algunos profesionales de la psicología. La terapia feminista se presenta como un espacio seguro, en ella “se considera central el relato de vida y sobrevida de los cuerpos no-hegemónicos en la cultura patriarcal, comprendiendo críticamente – explícitamente- los procesos de conciencia en interacción y resistencia con una cultura que promueve, perpetra, reproduce el desprecio y maltrato”. (Barrera, 2021, pp.13)

Respecto a las formas, la psicoterapia feminista trabajaría enfocada en expectativas abiertas y explícitas de común acuerdo entre paciente y terapeuta; desmitifica el proceso y a la terapeuta como una profesional lejana y desde una posición neutral, más bien, ella puede demostrar valores, perspectivas, experiencias. La terapeuta debe estar consciente de que la paciente puede sentirse en una posición de inferioridad de poder por la relación profesional, lo que podría dificultar sus intervenciones. El encuadre terapéutico debe ser explícito en la información respecto de los derechos de las pacientes y atribuye a ellas el conocimiento experto sobre su vida; así como también estaría consciente de que existen lugares de privilegio de las terapeutas, que pueden ser ciegos a determinadas opresiones o realidades, ya sea de clase, de género, sexuales. En sus técnicas debiese promover las que hagan del espacio terapéutico un lugar que se siente como seguro y de escucha, sin juicio, ni interrupciones, de manera que fortalezcan el poder personal de la paciente y que distingan ese espacio terapéutico como un lugar de aprendizaje mutuo sobre las mujeres. Debiese haber un uso inclusivo y respetuoso del lenguaje, evitando el sexismo y el paternalismo, así como establecer un clima de confianza y comunicación que sea culturalmente adecuada, sin invalidar preguntas u opiniones. Debiese promover la colaboración en las decisiones que se consideren relevantes, evaluando sus riesgos, incluyendo los objetivos terapéuticos establecidos, anteponiéndose a los problemas que puedan

surgir, para establecer una relación más equitativa, que comparte el poder y la responsabilidad. La psicoterapia feminista cuida respetar los tiempos y procesos de la persona, la toma de decisiones, ser conscientes de las consecuencias del cambio para las mujeres, no hablar de “resistencias” sino de estar “preparadas” o no. Además, buscaría incentivar el trabajo colectivo y grupal frente al individual, para evitar el aislamiento de las mujeres y promover el apoyo mutuo, y a nivel comunitario promover el desarrollo progresivo hacia la acción social sin profesionales de por medio (García Dauder, 2019a).

Por otra parte, Barrera (2021) enfatiza en la relevancia de llevar a la práctica en el contexto terapéutico, la desnaturalización y la problematización de los mandatos de feminidad, puesto que, en su experiencia, enriquecen el contenido y complejidad de los *insights* de las pacientes, ya que promueven el desarme de ciertas creencias, que, al ser puestas en tensión, logran actualizar y estimular la capacidad de interés y respeto sobre quién es una misma. De esta forma, podrían emerger aspectos más bien ocultos u olvidados tras la socialización femenina y su norma corporal/psicológica. También distingue este proceso de lo que sería una “educación” o sermón sobre la mirada crítica del feminismo; en terapia se trata más de la escucha atenta y lúcida desde estas nociones políticas, para poder identificar las relaciones entre el malestar y la opresión del sistema patriarcal. Desde el reconocimiento mutuo (Benjamin 2012, en Barrera 2021), el vínculo terapéutico aparece como posibilidad de llevar acompañamientos situados, vale decir, donde se explicitan y transparentan los lugares políticos y puntos de vista desde donde se trabaja y el marco ético que delimita las intervenciones. El reconocimiento entre terapeuta y consultante también consiste en que esta última es validada como la experta respecto de su propia experiencia de vida y quien finalmente tiene las respuestas. El tipo de relación terapéutica que se genera, o al que se apunta es de un intercambio horizontal, que promueve un ejercicio de constante co-creación del espacio terapéutico, así como también de la autonomía de la persona que consulta.

V.2. Locura, feminismo y activismo en primera persona

V.2.a. La locura como opresión sobre (los cuerpos de) las mujeres

Para introducir el tema de la locura en las mujeres, nos basaremos en el relato de María Huertas Zarco en su libro *Nueve nombres*, publicado en mayo de 2021. Primero, porque retrata perfectamente la realidad de opresiones sobre las mujeres que han estado internas en hospitales psiquiátricos (antiguos manicomios) bajo los tratamientos de la psiquiatría convencional. Segundo, porque María Huertas es una psiquiatra feminista que ha trabajado desde la

antipsiquiatría y el feminismo, por lo tanto, encarna en su experiencia profesional, un diálogo entre estos dos mundos que han estado en conflicto profundo.

En su libro, María Huertas cuenta nueve historias de mujeres que estuvieron recluidas en el manicomio de Jesús, en Valencia, y trasladadas al hospital psiquiátrico de Bétera en el año 1974. Desde la institucionalidad, la idea original de ese traslado, era volver a recluir a las personas que estaban ahí, volver a aislarlas, pero con mejores instalaciones y en condiciones más dignas (tras un escándalo que delató la publicación de un artículo en el periódico que denunciaba las condiciones en las que se vivía en el manicomio). Para esto, contratan a mucha gente nueva y joven, entre las que estaba María, que, junto con un equipo de profesionales inspiradas por la antipsiquiatría y el feminismo, las recibieron. La antipsiquiatría ya estaba en curso en Francia, Italia, Inglaterra: “No queremos una psiquiatría alternativa, sino alternativas a la psiquiatría” era la frase que unió y luego separó a la comunidad antipsiquiatría en Europa, señala la autora.

“En una sociedad patógena, represora y alejada de los derechos humanos, ¿quiénes eran las locas y quiénes las cuerdas? La palabra de las internas, su historia de opresión, la expresión de sus deseos y de sus necesidades se convirtieron en nuestra guía de acción y de trabajo” (Huertas, 2021, pp.125)

Muchas mujeres a las que se ingresaba en los manicomios de por vida, era porque no cumplían con su rol genérico, por putas, por ser madres solteras, por maquillarse demasiado, socializar y salir más de lo aceptable socialmente, por derrumbarse tras años de soportar maltratos insufribles de sus maridos, por sobrevivir en las peores condiciones a la miseria y la pobreza. En el manicomio vivían separadas de los hombres, en pabellones diferentes y el trato también era muy distinto; los hombres podían trabajar en la huerta y realizar otras tareas y las mujeres, cuanto más dóciles y obedientes, eran mejor tratadas. La “mejoría” en las mujeres se definía según la obediencia y la sumisión que mostraban ante las monjas, quienes eran las que estaban a cargo de su cuidado. Esta sumisión era observable si cosían, bordaban o ayudaban en la cocina. Si se enojaban, se negaban o peleaban, los tratamientos consistían en celdas de castigo, sobremedicación, contención o violencia física, vejaciones, humillaciones. Vivían en condiciones de hacinamiento, sin ningún objeto personal, en pabellones de 80 camas una al lado de la otra, la ropa se distribuía para todas indistintamente, en tallas para las más gordas o las más delgadas, las más altas o las más bajas, lo mismo los sujetadores, bragas y zapatos. Comían en platos de hojas de lata, sin cubiertos, solo con cucharas para que no se lesionaran entre ellas. Las medicaciones eran anacrónicas, electroshock, celdas de castigo, lobotomías, contención mecánica. Difícil no estar nervioso e irritable en esas condiciones. Luego se definió

que lo que tenían era una neurosis institucional, como un producto del encierro, del maltrato, privación de contacto con sus familias y con la vida exterior y por la falta de proyecto vital, en Jesús no había nada que hacer.

María Huertas narra cómo trasladaron a esas mujeres a Bétera sin decirles nada y sin ninguna pertenencia, no tenían nada. Describe a las internas como mujeres que debido a su “locura” fueron despojadas de todo: les habían quitado su nombre (a muchas se les había cambiado y habían sido llamadas por años por otros nombres que no les pertenecían, no tenían objetos personales, no tenían historia, familia (a muchos familiares las religiosas les recomendaban alejarse porque les hacía peor a las reclusas, las desestabilizaba). Mujeres sin la casa en la que habían nacido, crecido, sin su hogar, sin amigas, sin emociones (arrebatadas por la medicación), sin derechos ciudadanos y hasta sin derechos humanos (educación, casa, trabajo retribuido, autonomía, autodeterminación), excluidas de la constitución y de cualquier tratado internacional, sin derecho a administrar sus bienes, sin vida personal ni relacional y algunas sin trocitos de cerebro por lobotomías realizadas por prestigiosos académicos y catedráticos de la universidad que realizaban investigaciones en neurocirugía, víctimas de tratamientos físicos, biológicos, inyecciones, tandas de electrochocks, argollas y celdas negras, en castigo por desobediencias o protestas. Sin historias ni expedientes clínicos, sin sexualidad, sin juicio, alienadas, maltratadas y sometidas por un régimen de violencia que las señalaba como peligrosas. Sin libertad, encerradas por décadas y condenadas de por vida. Así las describe María Huertas, pero al mismo tiempo, menciona cómo quitándoles la “camisa de fuerza de la medicación” y poniéndolas en contacto con la comunidad, vinculándolas con un proyecto que decidieran y las motivara, al escucharlas y validar su voz, las pacientes “locas” salían adelante, retomaban sus vidas, volvían a visitar a sus familias, o se iban a vivir con ellas, algunas pudieron volver a vivir de manera independiente, con compañeras del mismo hospital, incluso después de 20 o 30 años de reclusión.

Los nueve relatos de vida que aparecen en el libro son una pequeña muestra de una historia infinita de reclusión, tortura, vejaciones e injusticias sobre mujeres que han sido denominadas “locas” y que, como refiere su autora, en un gran porcentaje ingresaban por causas sociales y abandono familiar, no por verdaderos problemas psicopatológicos.

Antes brujas, luego locas, en mayor o menor medida, la realidad que nos comparte María Huertas que ocurría en Valencia en 1974, ha continuado sus efectos sobre las mujeres y personas con sufrimiento psíquico y que reciben un diagnóstico psiquiátrico en sus vidas. Unos siglos atrás peor, se las quemaba en la hoguera o se las colgaba y si luego se las mantenía cautivas entre los muros de los manicomios/conventos, hoy su voz sigue siendo anulada en los

hospitales psiquiátricos, incluso en consultas de los centros de salud. En reacción a esta historia de siglos, distintas y encontradas perspectivas van a surgir dentro de los feminismos.

V.2.b. La locura como resistencia al sistema de opresión

Estas voces silenciadas tienen sus antecedentes en el movimiento antipsiquiatría de los años 70, el Orgullo Loco, cuyo primer encuentro se realizó en Toronto en 1993 y el movimiento feminista loco de la década del 90. Chantal Mouffe (en Guzmán Martínez et al., 2021) se refiere a las locas como la construcción de una identidad colectiva, no esencialista, sino como denuncia de las múltiples formas en que esa categoría responde a una subordinación, y desde ahí subvertir el significado del término.

También en la época de los años 90, la experiencia y el trabajo de Kate Millet, respecto a la unión entre feminismo y antipsiquiatría, contribuyó a la visibilidad de un movimiento en Estados Unidos, de ex pacientes y sobrevivientes de la psiquiatría que comienza a desarrollar acciones críticas y de denuncia hacia los tratamientos psiquiátricos, levantando reflexiones y demandas que van a conformar formas de resistencia colectiva en clave feminista. Estas formas de resistencia van ir en contra de la institucionalización en salud mental con perspectiva de género, a través de la profesionalización, puesto que consideraba que esa alianza entre el feminismo y la antipsiquiatría, en contextos oficiales, debilitaba su potencialidad crítica de la esfera política. Los planteamientos de la terapia feminista fueron criticados directamente por mujeres psiquiatrizadas desde el activismo: sus enfoques individualizaban los malestares y reproducían las relaciones de poder que recaían sobre las mujeres locas (Castillo, 2019).

El feminismo loco se constituye como un quehacer teórico y político de las mujeres locas, una expresión de un feminismo particular y propio. El feminismo loco reconoce un sujeto colectivo feminista, en el campo de la subjetividad, valora las aportaciones del feminismo, y, sobre todo, reivindica los saberes de las mujeres que han sido sobrevivientes y que han luchado contra las opresiones del sistema psiquiátrico. Como movimiento político sostiene que la terapia feminista oculta las diferencias entre las mujeres locas y las mujeres cuerdas, es decir, las mujeres psiquiatrizadas y las profesionales, respectivamente; se desarrolla en un marco de relaciones de poder que mantiene una autoridad y dependencia profesional; por otra parte señalan a la terapia feminista como reduccionista puesto que no permite observar un tipo específico de opresión sobre las mujeres, desde un feminismo cuerdo que se apropia de problemáticas opresivas en salud mental, y niega la posibilidad de autodeterminación y autodefinition de las mujeres locas, opacando su voz en primera persona; Las mujeres que

ejercen la terapia feminista (como mujeres cuerdas) estarían poco sensibilizadas respecto a la realidad de la locura y por lo tanto, entablarían más alianzas con disciplinas psi, patriarcales y cuerdistas (Castillo, 2019).

El feminismo loco, defiende la relevancia de la voz en primera persona, en igualdad frente a experiencias compartidas mediante el apoyo mutuo entre pares, la creación de grupos de autoayuda, sin profesionales ni líderes, sin intercambio de dinero, ni conducción previa de las problemáticas a tratar. Así como, el feminismo negro resalta la importancia de generar resistencia y visibilizar las diferencias de las mujeres negras, respecto de las blancas; las mujeres locas o del feminismo loco, defienden la necesidad de diferenciarse de las mujeres cuerdas. En ese sentido, busca reconectar la crítica feminista con la antipsiquiatría para ampliar espacios políticos y de acción antipatriarcales y anticuerdismo, en el plano de la subjetividad (Biswas, 2004 en Castillo, 2019), entablando interconexiones con los diversos feminismos de manera interseccional, no sólo respetuosos de las diferencias, sino también contrarios a la marginación y ocultamiento como plantean los feminismos indígenas (Marcos, 2017 en Castillo, 2019) y el movimiento por la diversidad funcional (Arnau, 2005 en Castillo 2019). Por último, es necesario que el feminismo loco le recuerde al ámbito académico que no se distancie de la militancia, sino que más bien emerja de ella para reaccionar de forma crítica y accionar de forma diligente sobre temas tan complejos como la medicalización en mujeres, con una marcada generación de dependencia, disciplinamiento de los cuerpos y su adaptación a un sistema capacitista.

Dentro del activismo se habla de sufrimiento psíquico, pero no queda tan claro que sean sus propios diagnósticos la fuente principal del sufrimiento, o más bien, el hecho de que se les atribuya ese trastorno (Vidal & Ortega, 2021). En este mismo sentido, cuestionando el origen y las causas del sufrimiento psíquico, en 1969, Carol Hanisch, señaló en su texto de *Lo personal es político*, que:

“...la terapia supone que alguien está enfermo y que en ella esta su cura, por ejemplo, una solución personal [...] Las mujeres tenemos problemas, ¡no estamos enfermas! ¡Lo que necesitamos es que cambien las condiciones objetivas, no ajustarnos a ellas y la terapia se está acomodando como alternativa al malestar personal!” (citada en Guzmán Martínez, et al.,2021, pp.5).

En el camino de politización de la locura muchas activistas feministas engloban su experiencia en el término “discapacidad psicosocial”, recurriendo a un modelo social de la discapacidad, donde lo verdaderamente discapacitante, es la exclusión que la sociedad ejerce sobre los cuerpos que no cumplen con estándares funcionales de normalidad. Desde esta lógica el

concepto de “cuerdismo” emerge como un eje de opresión en paralelo al racismo, al machismo, pero construido sobre el eje de la cordura/locura (Plaza, 2021).

Como veremos a continuación, frente a esta cultura, el activismo loco trabaja en ejes de acción, tales como: autogestión colectiva del sufrimiento psíquico, (puesto que la institución no basta), contextualizar los problemas en una realidad social y poner en práctica grupos de apoyo mutuo (Erro 2021).

V.2.c. Activismo loco en primera persona y Grupos de apoyo mutuo

El activismo loco en primera persona (desde el Orgullo Loco) junto a las perspectivas feministas, promueven prácticas contrahegemónicas en el abordaje de subjetividades, propiciando procesos de apropiación de sujetos políticos y de conocimiento, donde las experiencias personales de malestar y de locura, se vuelven resistencia a las violencias de las ciencias psi, la psicopatologización y la psiquiatrización; politizando un nuevo y propio concepto de “salud mental”. Al mismo tiempo, estos movimientos sociales (feminismos y Orgullo Loco) se vuelven fundamentalmente necesarios para seguir cuestionando relaciones de poder propias de colectividades que, en sus reivindicaciones y conformación de identidades, pueden tender a homogenizarse y universalizar sus demandas (Guzmán Martínez, et al.,2021).

A partir de los años 90 los planteamientos colectivos de los activismos locos proponen algunos aspectos relevantes tales como: la experiencia personal es comprendida desde un contexto sociopolítico; en la interacción grupal sus integrantes se conforman como sujetos políticos que generan conocimiento, conscientes de relaciones de poder en la gestión de la locura y el malestar psíquico. En los años 2000, los grupos de apoyo mutuo (GAM) dentro del contexto del movimiento loco, son herederos de trayectorias de gestión colectiva y feminista en salud, posicionándose en procesos políticos de distintos contextos socioculturales (Guzmán Martínez, et al.,2021).

Los grupos de apoyo mutuo vienen de los movimientos sociales y asociativos que promueven la articulación del trabajo a partir de las necesidades de las propias personas afectadas por determinada problemática. En particular, los grupos que conforman del movimiento loco, como el Orgullo Loco, tienen sus orígenes en las personas sobrevivientes de la psiquiatría, escuchadoras de voces y con sufrimiento psíquico que se reúnen para generar espacios seguros y alternativos al sistema de salud mental hegemónico. Los grupos de apoyo mutuo y los grupos de autoconciencia feminista, comparten aspectos en común como son: la generación de conciencia de ser un colectivo oprimido; buscan hacer colectivos y políticos los

malestares que comparten (lejos de un objetivo terapéutico); y la responsabilidad compartida en la co-construcción de dinámicas de funcionamiento y estrategias para su continuidad, a partir de establecer normas comunes (Guzmán Martínez, et al.,2021).

Dentro del movimiento loco también se han denunciado prácticas racistas, coloniales y patriarcales, así como también la poca diversidad de representación de la variedad de experiencias ante la psiquiatría, y distintas violencias institucionales. La denominación “expertas por experiencia” marcó una forma de identidad del colectivo del Orgullo Loco a partir de los años 90 y la mujer loca se constituye como una identidad de resistencia, al margen de la profesionalización y saber experto de los saberes “psi”. Así mismo, los grupos de apoyo mutuo, aunque puedan tener distinto origen, comparten aspectos como: la autogestión fuera del sistema de salud mental; alejarse de objetivos terapéuticos -aunque puedan tener efectos terapéuticos y también a veces funcionan como espacios complementarios para personas que son usuarias del sistema de salud mental; enfrentar de forma colectiva, a las violencias experimentadas desde la psiquiatría. Dentro de los grupos de apoyo mutuo, se adoptaría el lema “lo personal es colectivo”, para fortalecer la experiencia e identidad compartida, problematizándola en el grupo de manera continua y recíproca e identificando mecanismos de opresión sociales y políticos. (Guzmán Martínez, et al.,2021).

Al mismo tiempo, pueden ser una instancia de acompañamiento en procesos de desmedicalización, tal como lo han mostrado colectivos e investigaciones específicamente situadas en el contexto chileno, donde se ha remarcado la necesidad de incluir los relatos en primera persona de las mujeres que optan por la desmedicalización, su experiencia subjetiva, así como aspectos culturales, sociales, familiares y económicos implicados en los diferentes sufrimientos psíquicos, sus primeros diagnósticos y tratamientos a los que tienen acceso las personas. Los efectos dañinos causados por algunos de estos tratamientos, generarán un aumento de malestares, tales como: aplanamiento afectivo, inquietud motora intensa, sensación de incomodidad permanente, taquicardias, sensación de vivir atrás de un cristal, falta de deseo sexual, tartamudez, adicción y efecto resaca, aumento de peso excesivo o dificultad para llevar a cabo actividades cotidianas como abrocharse los zapatos, distonía, dificultad de pensamiento o interacción social. Como consecuencia a estas repercusiones las personas optan por comenzar un proceso de desmedicalización, para recuperarse (a sí mismas) de alguna manera, pero no cuentan con una guía y tienen escasa ayuda por parte del sistema médico, de hecho, denuncian todo lo contrario, que los médicos la mayoría de las veces no les preguntan cómo se sienten, no parecen interesarse en el estado subjetivo en que se encuentren las personas, persuadiendo

a no abandonar los medicamentos por posibles descompensaciones químicas y amedrentando con eventuales internaciones futuras (Castillo, 2018).

El activismo en primera persona en el contexto chileno, se convierte entonces en un espacio de resistencia y apropiación política, desde las creencias, prácticas y convicciones de estar mejor sin psicofármacos, propiciando ayuda recíproca. Se trabaja sobre la apropiación de las experiencias y sus diferencias subjetivas sin tener que depender de los psicofármacos, con diversas estrategias de autoayuda y social, una de ellas es crear comunidad. Esta identidad colectiva y basada en la experiencia, les permite posicionarse como sobrevivientes de la psiquiatría (Castillo, 2018).

Lo que comparten todos los grupos, desde los grupos de autoconciencia, de autoayuda del movimiento de salud de mujeres, de psicoterapia feminista y de apoyo mutuo entre mujeres del movimiento loco, es la premisa de “Sujeta de Malestar”, agente en sus propios procesos de salud-enfermedad, dejar atrás la categoría de “objeto de estudio” y posicionándose de una manera que tienda a lo horizontal entre mujeres que comparten experiencias, buscando formas colectivas de reparación. Abandonan definiciones e intervenciones que provengan de una salud mental androcéntrica e individualizante. (Guzmán Martínez, et al., 2021)

V.3. Cuerpos y subjetividades de allá y acá

V.3.a. Descolonizar la subjetividad es volver hacia los cuerpos

El modelo biomédico hegemónico, las ciencias al servicio del patriarcado, el sistema psiquiátrico que anula los derechos humanos, son parte de un sistema de dominación global, de predominio blanco, masculino, misógino, clasista, racista, extractivista que se ha incrustado en las experiencias encarnadas y en las subjetividades. Existen algunas sabias (muchas más de las que alcanzaremos a nombrar en los límites de este documento) que han iluminado espacios sombríos de las historias oficiales que nos han contado, en las que hemos crecido en América Latina, en Abya Yala, en el Sur global, en los espacios que representan la otredad respecto a lo hegemónico, como un ejercicio de (re)(de)construcción.

Los feminismos decoloniales y afro abren la conciencia del feminismo blanco, vuelven la atención hacia los cuerpos como determinantes de la experiencia, sus condiciones materiales, históricas, colectivas, de apropiación de la condición de ser otras. Así como el género puede ser un determinante en salud, los cuerpos son determinantes de las condiciones de vida de una persona: de acceso o privación, de opresión o privilegio. “Ser el otro equivale a ser una minoría, no numérica sino ideológica. Ser alguien minorizado, disminuido, definido. Alguien borroso,

siempre igual a sí mismo, desprovisto de presente porque está excluido de la historia activa y reconocible” (Gargallo, 2014, pp.10).

Los feminismos decoloniales proponen una perspectiva política y ética de dismantelar el conocimiento hegemónico colonial, patriarcal y socializar otro poder epistémico, otra (re)construcción de conocimiento con autoras que estructuran sus saberes, teorías y prácticas desde la experiencia encarnada, critican sesgos de los feminismos blancos eurocentrados basados en el sistema sexo/género, posicionando las relaciones norte/sur o la intersección de opresiones estructurales como el racismo, el clasismo, la precarización de mujeres por otras mujeres, la edad, el capacitismo (AAVV, 2019).

Antes de la llegada de los españoles, los portugueses, los ingleses, América Latina no existía. No figuraba en el mapa, tampoco existía la palabra que la nombraba, menos los habitantes que la poblaban. Lo que sí existía eran los territorios que se distribuían por condiciones geográficas y las personas autóctonas que conformaban las respectivas identidades culturales, organizaciones políticas, costumbres de vida: Tawantinsuyu en la región andina, Anáhuac (hoy valle de México), Abya Yala (hoy región Panamá), el Wallmapu en el territorio mapuche, entre otros.

Walter Dignolo (2007) afirma que América más que descubierta, fue inventada y con ella, la colonialidad, un concepto espejo de la modernidad. Citando a Arturo Escobar (en Dignolo, 2007), no existe la modernidad sin la colonialidad, la modernidad originada en el siglo XVI, cuya cara visible sería el Renacimiento europeo (caza de brujas, siempre más silenciada, de por medio); mientras que la invención de América sería su componente colonial. La modernidad es el nombre que se le da a un proceso histórico en el que Europa consolida su hegemonía (que luego trae consigo períodos como la Ilustración y la Revolución Industrial), donde se sustenta en la colonialidad e instala las bases del capitalismo

Este mismo autor afirma que si bien hoy ya no existe una dominación colonial abierta o explícita, tras la creación de los Estados soberanos que se han independizado en estos territorios, sí permanece una lógica colonial, a través de la idea del mundo que se ha construido, por lo tanto, del saber, del poder, de lo civilizado, de lo desarrollado, de lo normal. Esta colonialidad del saber, nos hereda una forma de entender el mundo en dicotomías antagónicas y jerárquicas. Así, la “invención” de América Latina se sustenta entre una tensa oposición entre naturaleza y cultura, o entre civilización y barbarie, lo humano y lo no humano. La naturaleza como la exuberancia o como la fuerza que el hombre debe dominar. Sin embargo, en la cosmología indígena, la naturaleza y la humanidad no son necesariamente opuestos y la “civilización” es una autodescripción propia de los europeos respecto a su papel en la historia.

Para los pueblos indígenas los opuestos pueden coexistir, sin negarse, pueden apoyarse en “dualismos complementarios” (Ariruma Kowii en Mignolo, 2007). Una diferencia que es clave para comprender una mirada decolonial del conocimiento consiste, entre otras cosas, en poder entablar un diálogo entre civilización y barbarie, de la perspectiva colonial civilizatoria europea, sobre otras regiones bárbaras o precivilizatorias. Dejar de escuchar ese monólogo de la modernidad como una mítica marcha hacia el futuro a favor de los intereses de Europa.

El colonialismo, instaló un sistema de dueños de las riquezas, de los recursos, del poder, que no tardó en evidenciar que también se apropia del cuerpo de las mujeres y lo hará cada vez que haga falta. El Estado muestra su ADN masculino, pues es y se fundó como un espacio específicamente de hombres y engloba toda la realidad desde el universal masculino de sometimiento, a través de la política: "La expresión patriarcal-colonial-modernidad describe adecuadamente la prioridad del patriarcado como apropiador del cuerpo de las mujeres y de éste como primera colonia" (Segato, 2010, p.19).

Verónica Gago (2019), menciona el concepto de extractivismo, como una idea que va más allá de la economía, puesto que concibe el territorio como un cuerpo ampliado: no se puede aislar el cuerpo individual del cuerpo colectivo; no se puede separar el cuerpo humano del territorio y del paisaje. En ese sentido el cuerpo siempre es con otros, es materia ampliada, superficie extensa de afectos, trayectorias, recursos y memoria. Entonces, el extractivismo sobre la tierra, los recursos, ha sido también sobre los cuerpos y a costa de los cuerpos de los invisibles, y de las mujeres. Este extractivismo es violencia en la medida que somete, invisibiliza, explota, endeuda y vulnera los cuerpos y la tierra, es un extractivismo ampliado que va más allá de lo financiero y lo natural. Es ampliado, porque desde la lógica financiera se logra articular una supuesta inclusión social, a través del consumo y el endeudamiento de sectores marginales o excluidos. Es una lógica colonialista permanente, en la medida que las materias primas y el ahorro a través de la precarización del trabajo, nutre a los países ricos. Esta herencia está reflejada en las subjetividades y los cuerpos de forma concreta en sus prácticas, estados de salud, en la cantidad de horas de trabajo, en la diferencia sexual del trabajo, en el acceso a los recursos naturales, el trabajo infantil, entre otros.

Desde otra línea genealógica, para todos los pueblos originarios de Abya Yala, la realidad es dual. Es una concepción que se encuentra en la base de la astronomía, en las matemáticas de sistemas vigesimales, en la estructura de los centros ceremoniales, en las costumbres, en las formas de pensamiento, lo que los aymaras llaman el chachawarmi, el ser hombre-mujer, el padre-madre, como una complementariedad, un diálogo, las dos partes de un ser que es en cuanto es dos. Otro ejemplo lo trae la cultura guaraní y la dualidad entre la salud

y la enfermedad, en que el cuerpo y el alma forman dos aspectos integrados del ser. Es por esto que las personas que tienen los conocimientos y asumen las prácticas religiosas, también son las portadoras del conocimiento médico. A su vez ese saber implica desde la herbolaria, hasta cuidar normas comunitarias del buen vivir puesto que la salud es física y espiritual, cuerpo individual y cuerpo colectivo. Esta dualidad significa que una persona puede enfermar porque su organismo está afectado por alguna dolencia particular o bien, porque hay un malestar en la comunidad que lo daña (Gargallo, 2014).

Silvia Rivera Cusicanqui (2015) aborda desde la cosmogonía Aymara, (como muchas otras comunidades indígenas del sur) la relación del ser humano con el cosmos, con la pluralidad de seres vivos y no vivos que existen, como sitios de simbolización y de entendimiento de la existencia, que superan lo binario. Si bien la mayoría son dualidades y se sitúan en pares, no son excluyentes entre sí y en las zonas intermedias es donde se juega la vida. Así como la oposición entre yin y el yang de la filosofía China, existe en la cultura Aymara la idea de que el universo es par y simetría, pero estos pares opuestos se enfrentan en una tierra intermedia. Por ejemplo, el mundo del espíritu (ajayu) y el mundo de la vida material o energía vital (qamasa) se unen en una zona intermedia (taypi), lugar de contacto, oposición y violencia. Ese mundo tripartito al ser de choque, deviene en dinamismo e incertidumbre, en un espacio de acción humana junto al cosmos, que explica que la acción colectiva pueda ser fuente de transformación (y calamidad). De la misma manera, la dinámica de los tres pachas (mundos) el alaxpacha, mundo de arriba, exterior y luminoso, se opone al manqhapacha (el mundo de abajo, interior y oscuro), pero ambos sólo pueden suceder en el mundo del aquí y el ahora de la historia, el akapacha. En esta visión aymara, la acción humana puede ser entendida como causa y resultado del dinamismo en que las oposiciones interactúan y así aparece un cuarto pacha, el mundo de lo aún no existente, de lo desconocido, una potencialidad que a su vez enfrenta otra dualidad: la catástrofe o la liberación, un peligro constante que se percibe en lo social, en el accionar colectivo. “Una posibilidad de renovación y realización del potencial humano pleno; el buen estar de la gente y del mundo en su conjunto (suma qamaña)” (Rivera Cusicanqui, 2015, pp 212).

La cosmogonía indígena nos ofrece espacios de comprensión que, en vez de dicotomías excluyentes o binarias, son dualidades que se juegan en un entrecruzamiento, en intersección con distintas dimensiones. Además, está presente y es aceptada la coexistencia de los opuestos, emerge el concepto ch'ixi como lo manchado, lo mestizo: un gris que se compone de cuadrados blancos y negros, en yuxtaposición de lo indio y lo blanco. Pretende recuperar a las sabias, a las brujas, los muertos. Recuperar una episteme india, asumir esa diferencia y radicalizarla que

influye en el manejo del cuerpo como consumos sanos, hacer y crear comunidad. Pensarse como identidades no puras, no a los esencialismos, reconocerse manchados, pero sin mezclarse. Lo ch'ixi no es hibridez, no es el multiculturalismo light donde se diluye la diferencia “La potencia de lo indiferenciado es que conjuga los opuestos (...) lo ch'ixi conjuga el mundo indio con su opuesto, sin mezclarse nunca con él” (Rivera Cusicanqui, 2010, pp 212).

Otro concepto de aporta Silvia Rivera es el de “colonialismo interno” que habita en lo mestizo, una desvalorización de lo propio y la valorización de lo europeo, de lo blanco. Una forma de dominación más allá de lo económico y geopolítico, sobre la subjetividad mestiza que busca descolonizar su herida colonial. Se refiere al movimiento de las mujeres como protectoras de la vida donde lo importante es articular la lucha por la vida, no por el poder. Otra forma de sentir-pensar-hacer para intencionar un momento Pachacuti, es decir, un tiempo de inflexión, de cambio, no inmediato, no impaciente, dar importancia a los procesos y los retrocesos. Rescatar la teoría enraizada y encarnada, que no niega la experiencia, puesto que el saber es algo que carga cada ser humano. Más que universales absolutos, resalta la importancia del fragmento, su relación con el aquí y el ahora, contacto con el sí mismo y con los pies en la tierra. (Rivera Cusicanqui en Canal Encuentro, 2006).

Con todo lo anterior, podemos observar que una perspectiva decolonial propone aspectos teóricos que abren otras posibilidades comprensivas hacia el cuerpo y la subjetividad: concebir el cuerpo como un territorio cuyos límites van más allá de lo individual, un cuerpo colectivo, ampliado, que ha sufrido y sigue sufriendo las consecuencias de una aparente inclusión económica y de productividad moderna, que esconde una lógica colonial extractivista y de explotación. Su contrapunto, la comunidad. Por otra parte, la concepción de la mente y el cuerpo como aspectos integrados del ser, así como la enfermedad y salud con orígenes sociales y/o orgánicos; el ser humano como parte del mundo, no como su dueño o amo; la “dueñidad” de territorio, de los cuerpos y de los recursos como una marca colonial imperante de ser desaprendida, una herida necesaria de ser sanada. La coexistencia de dualidades no binarias, ni excluyentes, con terrenos intermedios que ponen en juego la acción colectiva, como posibilidad de transformación.

Volver a los cuerpos, es decolonizar los conocimientos, los espacios, desaprender nuestro colonialismo interno; atender a las desigualdades encarnadas en comunidades, en minorías, que como menciona Francesca Gargallo (2014), no son minorías numéricas, sino ideológicas. Centrarnos en las condiciones y el buen vivir de los cuerpos, desde una ética de justicia con sus contextos, es una llave de la decolonialidad necesaria de arraigar en el trabajo con la subjetividad.

V.3.b. Feminismos afrodescendientes: el origen de la interseccionalidad

Los feminismos afrodescendientes, son los que abren camino a los feminismos decoloniales. Se desmarcan del feminismo blanco en la medida en que sus necesidades no son recogidas dentro del movimiento, o bien no son visibilizados por considerarlos como accesorios o minoritarios, a propósito de lo señalado en el apartado anterior.

El feminismo negro es fundamental para nombrar, contextualizar y comprender el concepto de interseccionalidad. Surge como respuesta a la subordinación de las mujeres negras producidas por la superposición de opresiones como la raza, clase social, el género, la sexualidad, entre otras. Propone una resistencia a las violencias de un sistema patriarcal, capitalista y racista, tanto en las prácticas como en las ideas que las justifican. El concepto de interseccionalidad opera como una matriz de dominación caracterizada por opresiones interseccionales, donde no hay un único indicador diferenciador como la raza, sino que también están, la clase, el género, la sexualidad, la religión y el estatus de ciudadanía (Collins en Jabardo, 2012).

Existe una conexión entre la experiencia y la conciencia, que es crucial en la comprensión de la interseccionalidad y ese reconocimiento ocurre sobre los cuerpos. El afrofeminismo como colectivo, sitúa sus puntos de vista desde las relaciones de poder respecto de las mujeres blancas y el resto de opresiones que recaen sobre su comunidad. Este posicionamiento no es estático y reconoce diferencias al interior del colectivo, sostiene que los grupos oprimidos comparten una consideración diferencial dentro de la sociedad, bajo un despliegue que mantiene la segregación (Collins en Jabardo, 2012), sin embargo, evitan homogenizar a la mujer negra y suprimir las diferencias dentro de las agrupaciones. He aquí uno de los aportes más relevantes de este movimiento y del concepto de interseccionalidad.

Respecto a los cuerpos, por ejemplo, y en el contexto de la reivindicación de los derechos civiles y la liberación sexual del feminismo de la segunda ola, -liderado por mujeres blancas, materialmente privilegiadas y con estudios superiores- las reivindicaciones más fuertes sobre el cuerpo de las mujeres, se basaban en demandas que no eran igual para todas las mujeres, como sucede hasta el día de hoy. A modo de ejemplo, temas como las esterilizaciones involuntarias, las histerectomías, los matrimonios forzados, quedaban relegados o invisibilizados en las luchas sociales feministas porque no eran la prioridad de los cuerpos de las mujeres blancas y burguesas (bell hooks, 2017).

La clase social como diferencia entre las mujeres, ha sido otro conflicto presente hasta el día hoy, puesto que desde sectores más privilegiados se planteaba un reformismo entre luchar

por la igualdad de derechos dentro de las estructuras de clases existentes, o por otra parte, modelos más radicales impulsaron cambios más fundamentales en las estructuras, reemplazando viejos paradigmas. En esta materia y otras materias, la generalidad, ha sido que los sectores más privilegiados sean los que dictan “las” cuestiones del feminismo en las que hay que centrarse (bell hooks, 2017).

En *The Feminist Mystique* Betty Friedan (1963) enunciaba el malestar de las mujeres por estar encerradas y subordinadas en sus hogares como amas de casa, cuando en verdad, la mayoría de las mujeres debían salir de casa a trabajar, por salarios insuficientes y jornadas muchas veces extenuantes y recibían doble jornada al llegar a sus casas a resolver los asuntos domésticos, además. Las mujeres de clases más acomodadas que lograban superar los obstáculos que les interponían sus maridos o su entorno más cercano y lograban salir a trabajar, lo hacían efectivamente en puestos de subordinación y peores pagados que los hombres, por lo que transformaron el problema del trabajo en una cuestión de igualdad de género entre los de su misma clase, por sobre la lucha de clases (bell hooks, 2017).

Así, mientras las mujeres de clases privilegiadas luchaban para conseguir salarios iguales a los de los hombre y oportunidades de autonomía e independencia, las mujeres más pobres sabían que aquella meta, al menos para ellas, no estaba al alcance. De esta manera, los pequeños avances en esta materia se pretendían pasar como un avance para todas las mujeres y se fue silenciando el problema de las clases sociales. La lucha contra la feminización de la pobreza fue abandonada por las feministas blancas de sectores privilegiados en Estados Unidos, condiciones concretas que afectan directamente a los cuerpos y las condiciones de vida de las mujeres de clases trabajadoras o más empobrecidas.

Pero, el concepto de raza era la diferencia más evidente y para las mujeres negras, no era posible hablar de sororidad si es que las mujeres blancas no eran capaces de despojarse de su supremacía de raza, es decir, si el movimiento feminista no era antirracista. Afortunadamente, hubo amplios sectores del movimiento que estuvieron dispuestos a ceder y avanzar en el diálogo de esas distancias y del feminismo. Y si bien la mayoría de las mujeres blancas incorporaron la cuestión de la raza en sus análisis teóricos, el problema fue en la práctica, en las relaciones cotidianas, donde no se veían grandes cambios para bell hooks (2017). En general las personas seguían socializando con miembros de sus mismos grupos y la combinación entre sexismo y racismo, crean interferencias entre las mujeres.

En la misma línea Audre Lorde (1984) sostiene que los cuerpos de las mujeres negras son visibles e invisibles al mismo tiempo, por la despersonalización del racismo. La negritud como una invisibilidad contra la que se lucha y a la vez como la mayor vulnerabilidad, por

ejemplo, sobre los cuerpos de las mujeres negras pesaban opresiones como el estar obligadas a tener hijos no deseados, o la esterilización forzada o la falta de medios para abortar. Así como la lesbofobia por parte de sus mismos compañeros negros, con los que denunciaba una relación vertical de poder en relación a sus luchas antidiscriminación, siendo las mujeres negras y lesbianas, las más “castigadas”. La misma autora sostiene que las diferencias entre mujeres negras y blancas no debiera superar las causas que las unen, pero que muchas veces esto no tiene buenos frutos porque las mujeres blancas no son capaces de ver el racismo que ellas mismas llevan. De los cuatro grupos: mujeres negras y blancas, hombres negros y blancos, las mujeres negras estarían en el grupo más bajo.

V.3.c. La Interseccionalidad: Normatividad, identidades y etcéteras

“Las teorías feministas que exponen predicados de color, sexualidad, etnicidad, clase y capacidad física, frecuentemente acaban con un tímido etcétera al final de la lista. A lo largo de ese camino horizontal de adjetivos, estas posiciones pugnan por incorporar un sujeto situado, pero permanentemente quedan incompletas. No obstante, este fracaso es instructivo (...) este etcétera ilimitado se presenta como un nuevo punto de partida para las teorías políticas feministas” (Butler 2007, en Platero 2012 pp.18)

Itziar Gandarias (2017) problematiza el recorrido del concepto interseccionalidad, desde su síntesis en 1989 por Kimberlé Crenshaw (quien reúne un largo trabajo de pensamiento y resistencia por parte de mujeres negras, desde 1851 con Sojourner Truth) y se refiere a la dificultad de llevarla a las prácticas en el feminismo. Es un término que ha sido considerado uno de los principales aportes desde los estudios de género, y que, al mismo tiempo según algunas posiciones, se ha vaciado de contenido y/o transformado en un saco sin fondo donde todo cabe. En el marco de la IV Acción Internacional de la Marcha Mundial de Mujeres en el País Vasco el año 2013 y en el intento por activar prácticas que pongan en acción la interseccionalidad, la autora menciona tres tensiones identificadas a la hora de configurar articulaciones entre todos los colectivos que se integraban en los encuentros: 1) El riesgo de cristalizar(rigidizar) sujetos interseccionales carentes y deficitarios. Se refiere a la homogenización dentro de cada grupo o a atribuir la interseccionalidad en cuerpos determinados o sujetos marcados, creando grupos esencialistas de ellas/nosotras 2) El sujeto perchero o el peligro de la jerarquización y univocidad, es decir, una perspectiva aditiva de etiquetas que se van colocando sobre el cuerpo identificado *mujer* como etiqueta principal que nos une a todas y luego vendrían etiquetas anexas que nos van diferenciando; implica el riesgo de la competencia en categorías o ejes de opresión, cuál de ellos es el más importante. Así

mismo, implicaría otro riesgo que es el del *isomorfismo* de cada categoría, o sea, que los sistemas de opresiones funcionan de la misma manera siempre, en todo momento y para todas las personas. 3) La utopía del etcétera o creer que tras esa palabra se engloban todos los sujetos o todas las identidades, y ¿qué categoría va primera? ¿por qué? Se problematiza el sujeto político, deja de ser tan evidente y se vuelve irreductible.

La interseccionalidad de opresiones que se encarnan en los cuerpos implica aspectos basados en creencias que legitiman la dominación de unos por sobre otros. El racismo, como creencia de una superioridad inherente de una raza respecto a otras, el sexismo como la creencia de un sexo por sobre el otro, el heterosexismo, elitismo, clasismo, discriminación por edad, religión; “desviaciones” respecto a la norma del varón, blanco, heterosexual, joven y con buena situación económica (Lorde, 1980). En relación al objeto de esta investigación podría agregarse el “cuerdismo”, como la superioridad de la cordura, sobre la locura.

Lucas Platero (2012) señala que la identidad se juega de manera cotidiana según las intersecciones que atraviesan el cuerpo. La sexualidad y las posiciones de género están cruzadas por otras realidades como la diversidad funcional, la locura, la etnia o en personas que se encuentran recludas. Definir ese “nosotras” o ese “ellas” -en el caso de las mujeres- comienza a desdibujarse y aparece un continuo con ejes de diferenciación, aparecen relaciones de poder, posiciones de subordinación y privilegio. Por ejemplo, las personas gitanas y lesbianas tienen otros marcos de diferenciación de las comunidades de referencia de lesbianas blancas o payas, donde no estarían identificadas puesto que no se sentirían dentro de esa normatividad. La interseccionalidad permite poner en evidencia cómo los cuerpos en determinados colectivos responden a una normatividad interna, que representa privilegios frente a otros colectivos; otro ejemplo menciona a las personas LGTBIQ racializadas en centros de internación (CIE), donde las diferentes formas de discriminación se entrelazan en una simultaneidad de opresiones. “La interseccionalidad como una aproximación a nuestras marañas de identidades y formas de estar en el mundo múltiple, que complican las formas habituales de pensar y hacer activismo identitario” (Platero, 2012 pp. 15).

La interseccionalidad permite precisamente cuestionar la normatividad y lo abyecto o marginal, en la sexualidad, por ejemplo, la disidencia sexual no tendría que serlo si se cuestiona lo que configura lo normativo. Los ejes de opresión y a la vez de resistencia que se ponen en juego en las vivencias personales y colectivas, son interseccionales, encarnadas, situadas y dinámicas. Se entrelazan, se transforman y pueden ser fuentes de resistencia, apropiación y poder personal. La interseccionalidad permite ver y analizar esta superposición de opresiones, instaladas como desigualdad estructural y naturalizada están relacionadas entre sí. Cada identidad (individual y

colectiva) en cada contexto, es encarnada en un cuerpo al que se le otorga un significado, pero que al agruparse dentro de un “etcétera”, esa identidad, es invisibilizada y junto con ella, sus complejas dinámicas de socialización, lo que implica la exclusión de determinados colectivos o “minorías” o al menos una comprensión parcial de sus vivencias. (Platero, 2012).

La interseccionalidad surge como un enfoque teórico que visibiliza cómo ciertas categorías sociales, es decir, creadas y construidas (no biológicas ni naturales), son mantenidas en relaciones de poder desiguales y recíprocas. No se trataría de hacer una sumatoria, más bien de destacar ciertas identidades determinantes en cada contexto y cómo se encarnan en los cuerpos de las personas, para darles un significado que no es fijo. Kimberlé Crenshaw (1991, en Platero 2012) señala que las categorías tienen un significado y que tienen consecuencias, pero el problema no es que las categorías sean construidas, sino el valor que se les asigna a cada una. La categorización es un ejercicio de poder, pero la complejidad va más allá: el nombrar no tiene efectos unilaterales, puede ser estigmatizante y generar resistencia al mismo tiempo, lo que implica un cierto grado de agencia. Además de nombrar una categoría -que ya es un ejercicio de poder- existe otro nivel de discriminación que se relaciona con la definición de esa categoría como subordinada, el contenido descriptivo que se hace de ellas y las narrativas asociadas que privilegian algunas experiencias y excluyen otras. Por ejemplo, las narrativas de género estén asociadas a mujeres blancas de clase media (mujeres blancas, versus hombres blancos) y las de raza a hombres negros (hombres negros versus hombres blancos). Es por esto la importancia de considerar identidades múltiples para evitar el esencialismo dentro de las categorías, es vital reivindicar aspectos borrados de cada identidad y remarcar cuánto importa la diferencia, también dentro de cada categoría.

La misma autora reconoce que las identidades colectivas o grupos identitarios organizados son coaliciones, o coaliciones en proceso de ser formadas, que también producen exclusión dentro de ellos y la interseccionalidad puede dar claves para la relación entre esas otras diferencias y cuestionar los grupos como un hogar, dado que siempre habrá partes de ese nosotras que no tendrán hogar.

“Reconocer que las políticas identitarias suceden en un espacio en el que las categorías intersectan parece más fructífero que la posibilidad misma de llegar a hablar de categorías en sí. A través de una consciencia interseccional, podemos encontrar y reconocer mejor la base de las diferencias existentes entre la gente y negociar cómo se expresan estas diferencias cuando se construyen políticas grupales” (Crenshaw 1991, en Platero 2012 pp.120)

V.3.d. Intersección con emociones

María Rodó-Zárate (2021) le otorga una dimensión emocional a la interseccionalidad, que puede ser muy relevante en contexto de cordura y locura: la dimensión emocional. Esta no se suele incorporar en plano de las desigualdades o movimientos sociales, se la considera como algo propio del individuo, propia de un contexto neoliberal que las ha sacado a flote para comercializar o psicologizar ciertos malestares (una forma de control social), sin embargo, sí tiene un papel fundamental en cómo se viven las opresiones o los privilegios en cada contexto e inciden en su (re)producción. Propone las emociones como una forma de acercamiento a las desigualdades sociales que pueden tener una consecuencia importante en el terreno político. Uno de los aspectos relevantes es que las emociones se generan en la interrelación entre las personas y los entornos, cómo desde una perspectiva emocional se puede hacer una vinculación entre lo individual y lo estructural.

Las desigualdades sociales generan efectos emocionales que también se distribuyen de manera desigual, a veces constituidos como malestares políticos que es necesario nombrar colectivamente. Una herida interseccional emocional puede surgir por la posición de sufrir una opresión por un eje y al mismo tiempo, ser identificada como privilegiada por otro. Por lo tanto, una forma de gestionarlo sería incrementar la comprensión en la necesidad de expresión de la rabia causada por el dolor sufrido por una parte y del cuidado y la empatía por otro.

Citando a Amaia Pérez Orozco (2014, en Rodó-Zárate, 2021), parafraseando a Donna Haraway (1991 en Rodó-Zárate, 2021), se refiere a esa «cosa escandalosa» al complejo sistema social construido sobre la interrelación entre diferentes ejes de desigualdad: económica, sexual, racista, etaria. “La interseccionalidad es una perspectiva desde la cual pensar sobre esta «cosa escandalosa» en su complejidad, pero se focaliza en cómo se materializa la desigualdad sobre los cuerpos concretos, diferentemente posicionados en estos sistemas” (Rodó-Zárate, 2021, pp.25). La interseccionalidad no intenta responder a problemas identitarios, sino comprender las interacciones entre los sistemas, las dinámicas estructurales de la desigualdad y las experiencias encarnadas de esa interrelación que se traducen en privilegios y opresiones.

Tomando como referencia a Sara Ahmed (2007 en Rodó-Zárate 2021) argumenta que el bienestar o malestar está en directa relación con qué cuerpos habitan el mundo. En este sentido el bienestar estaría en directa relación con los límites del cuerpo respecto al mundo y esto lo asemeja al término *blanquitud* como la comodidad de un cuerpo en su entorno, es decir, cuando cuesta distinguir dónde acaba el cuerpo y donde comienza el mundo. Esto habla de un mundo hecho a la medida donde encajan ciertos cuerpos y no todos. El colonialismo ha

construido un mundo blanco, para ciertos cuerpos, pone al alcance ciertos objetos y así se establece una relación entre el bienestar y el privilegio. Continúa diferenciando la experiencia de la desigualdad según los cuerpos que la viven y según el contexto, donde una acción específica afectará de forma variable a grupos sociales concretos dependiendo de sus posiciones en distintos ejes de desigualdad y en determinados lugares y tiempo. El espacio es constitutivo de las dinámicas interseccionales.

V.3.e. Intersección con cuerpos políticos

Hablar del cuerpo sin el cuerpo o lo que es peor, hablar del cuerpo como algo neutral o cuerpo normal o cuerpo modelo o cuerpo de privilegio, implica una postura política. Los otros cuerpos son los marcados, los que se mantienen al margen y que configuran mapas de relaciones de poder. Hablar en primera persona es hablar desde las experiencias de los cuerpos, entre ellas la violencia institucional por la que se puede atravesar dependiendo de qué marca tenga qué cuerpo. La biopolítica de Foucault (1979 en López & Platero, 2019) hace referencia a cómo los Estados manejan y disponen condiciones de vida y se relaciona con la necropolítica que plantea Achille Mbembé, (2006 en López & Platero 2019) refiriéndose al poder de los Estados cuando realizan un trato diferencial de las condiciones de vida, pudiendo conducir al daño o la muerte. La biopolítica y la necropolítica pueden establecer diálogos que inciden directamente sobre la vida concreta de las personas traducándose en una buena o una mala vida.

El cuerpo marcado como diferente a la normatividad de las distintas instituciones políticas, judiciales, sanitarias, sociales, económicas, a modo de señalamiento, discriminación, clasificación e invisibilización, negación o vulneración de sus derechos. Categorías como mujer, cuidadora, loca, presa, madre, enferma, pueden convertirse en estigma e incluso cuestionar su condición humana. Debido a estas categorías, algunos cuerpos pueden convertirse en ciudadanía normal o sujetos promedio; otros no. De tal manera que marcar ciertos cuerpos sirve para mantener cierto ordenamiento social (López & Platero 2019).

“Pensamos que los cuerpos remiten a la materialidad y la fisicidad de lo más vulnerable de nuestra existencia, que son inseparables de nuestras condiciones de vida. Habitamos cuerpos que, son pliegues y surcos, son sexuados, racializados, generizados, marcados por la clase social, con algunas capacidades, se mueven por el territorio, encarnan una edad, muestran marcas de dichas condiciones de vida, enferman y mueren bajo ciertas circunstancias sociales” (López & Platero 2019, pp.13)

Silvia Federicci (2004) se refiere a cómo el cuerpo de la modernidad/colonial “neutro” sano, modelo y convertido en máquina, objeto de estudio disección y norma, supuso la omisión de las emociones, erradicación de los deseos y determinadas formas de comportamiento que no eran funcionales a un sistema, al mismo tiempo que promovió la identidad individual, como una alteridad al propio cuerpo, incluso en antagonismo con él. Este alter ego junto a la disociación histórica de la mente y el cuerpo, constituyen el surgimiento del individuo en la sociedad capitalista, en la que el cuerpo se vuelve una realidad extraña, ajena, que hay que controlar (observar, evaluar, desarrollar, cultivar, predecir, experimentar). Una definición típica del molde de trabajo capitalista sobre el cuerpo del individuo, Una batalla contra el cuerpo, su sometimiento, mecanización, alienación, un mapa de la explotación humana:

“Si hacemos un recorrido desde la caza de brujas hasta las especulaciones de la Filosofía Mecanicista y hasta las investigaciones meticulosas de los talentos individuales por los puritanos, encontramos que un único hilo conductor une los caminos aparentemente divergentes de la legislación social, la reforma religiosa y la racionalización científica del universo. Este fue un intento de racionalizar la naturaleza humana, cuyos poderes tenían que ser reconducidos y subordinados al desarrollo y a la formación de la mano de obra” (Federicci, 2004, p. 216).

V.3.f. Intersección con cuerpos sexuados y género

Elizabeth Grosz (en Fausto Sterling, 2006) propone la conjunción del cuerpo y de la mente y propone la imagen de una banda de Möbius a modo de metáfora sobre la psiquis: No existe un adentro y un afuera, sino una superficie continua de contacto. Se trata de una cinta torcida una vez y luego pegada en sus extremos, lo que la convierte en una trayectoria circular y enrollada sobre sí misma. Si una hormiga camina por la parte exterior, unos instantes después, lo estará haciendo por la parte interna, sin despegarse de la superficie. Grosz propone que el cuerpo (su materialidad y biología) es la parte que corresponde a la zona interna de la cinta, y la experiencia y la cultura, a la parte externa. La imagen sirve para ejemplificar la continuidad que existe entre esos dos planos (lo contextual y la materialidad corporal). El cuerpo como una zona de contacto: un cuerpo que siente (interno) y que a la vez interactúa con otros cuerpos (externo), por lo tanto, los límites de la corporalidad se vuelven maleables y sus alcances, desconocidos. No es posible reducirlo a la naturaleza y la biología, apartando la cultura, la historia y el contexto.

Pero, como ya se ha mencionado, el cuerpo ha sido escindido de la mente y de la razón por la modernidad y el pensamiento colonial.

“Para acceder a la existencia corporal interior, invisible, de aquellas pacientes, tuve que aventurarme a cruzar la frontera que separa ... el cuerpo bajo la piel del mundo que lo rodea... el cuerpo y su entorno han sido adscritos a dominios opuestos: por un lado están el cuerpo, la naturaleza y la biología, fenómenos estables e invariantes; por otro lado están el entorno social y la historia, dominios de cambio constante. Al trazarse esta frontera, el cuerpo fue expulsado de la historia.”(Duden, 1991 en Fausto Sterling 2006).

De esta manera la sexualidad humana no puede desarrollarse fuera de la socialización humana. En su libro *Cuerpos Sexuados* la bióloga Anne Fausto Sterling (2006) señala que es necesaria la distinción entre cuerpo físico y cuerpo social para comprender cómo se construye el cuerpo incorporando la experiencia en la propia carne. En este sentido la sexuación de una persona, llamar a alguien hombre o mujer es una decisión social, el sexo de un cuerpo es algo más complejo que los genitales o los cromosomas y no es correcto referirse a los cuerpos sexuados de forma binaria, la sexuación se da en una graduación, y se encarna en la experiencia. En temas de género y sexuación, se construye una identidad que es encarnada en la experiencia, a través de la socialización no es meramente individual, ni tampoco algo estático; así como tampoco significa una identidad fija.

Que los cuerpos importen de otro modo, dice Butler (citada en Burgos, 2010), respecto al deshacer el conocimiento sedimentado sobre los cuerpos y problematizar la materialidad; invita a superar la materialidad como única y determinante capa de lectura para atribuir un género y una sexualidad al cuerpo. Esa identificación entre sexo y género ha sido creada por un sistema patriarcal y recreada constante e históricamente, a través de prácticas que reproducen formas, actos performativos que en la repetición reproducen un orden social con roles segmentadamente asignados.

Si los actos son performativos, no tienen un estatus ontológico, por lo tanto, la interioridad o subjetividad provocada en el cuerpo por esos actos, es una respuesta social y pública: son actos que están sujetos a una regulación pública de la fantasía, que están condicionados por el orden social que espera que los mismos actos se repitan de cierta manera una y otra vez, precisamente para reafirmar su veracidad y que los cuerpos los incorporen como si fuesen naturales, esenciales a ese cuerpo. Así la superficie del cuerpo, con estas capas de actos aprendidos, encarnados, repetidos, van conduciendo directamente a un tipo –determinado también- de sexualidad, a través de un deseo fabricado como una ilusión, hacia a un marco de heterosexualidad reproductiva (Oliva, en Amorós y de Miguel, 2019).

Considerar el género desde un punto de vista psicosocial, desde la subjetividad en relación a las estructuras sociales, como estructuras de poder y no como rasgos, como un hacer, un practicar y analizar su carácter performativo, serían propuestas desde el feminismo que

ayudarían a “desestabilizar la naturalización de los dualismos de género –pero también de los cuerpos sexuados– entendidos no como aprioris incuestionados, sino como productos sociales” (García Dauder, 2016, p.39).

V.3.g. Intersección con moldes aprendidos

El cuerpo vivido para Iris Marion Young -dentro de la filosofía de la experiencia- se define como la encarnación de la subjetivación de la experiencia en el cuerpo, o también, la corporalización de la experiencia, huellas y rastros de vivencias tatuados en la corporalidad, donde se vuelve de vital importancia la relación del cuerpo con el espacio, con el mundo en el que se desenvuelve y desarrolla, que desencadenará en aspectos fundantes de la persona y su subjetividad, tales como el deseo, la afectividad, su autoconcepto corporal, sentimientos, etc. Esta relación cuerpo-espacio a lo largo de la experiencia de vida, va a determinar el actuar del individuo o la inhibición de ese actuar, proceso que se irá traduciendo lentamente en un cuerpo, se irá haciendo cuerpo, adoptará un género, o un “sujeto-cuerpo” (desde la perspectiva de género) y así se irá configurando la identidad de ese cuerpo vivido y situado en ese mundo en particular (Martínez, 2009).

Iris Young (Acosta, 2013) sostiene que la falta de seguridad y confianza sobre la potencialidad de su propio cuerpo, por parte de las mujeres será un rasgo dominante, puesto que se han naturalizado y cultivado la fragilidad femenina que, por lo tanto, requiere de la protección de los hombres, esto las enmarca en un “estar femenino en el mundo” un cuerpo situado, que no les ha permitido moverse con libertad. De esta manera las niñas desde pequeñas son educadas y reciben todo tipo de mensajes que las hacen entenderse a sí mismas como indefensas e incapaces, así como también de la importancia de congradar a los demás, un carácter servicial que se suma al de dependiente: un perfecto objeto de dominación. Tanto para Young, como para Bourdieu (2000 citado en Acosta 2013), las luchas contra la opresión deben centrarse ineludiblemente en los cuerpos, donde recaen por excelencia los dispositivos de opresión y de exclusión social; ambos autores consideran los cuerpos como cuerpos políticos y que la política está constituida desde los cuerpos. Los cuerpos son atravesados por la política, traducidos y explicados desde lo político. Es por esto que la pregunta por el sujeto político del feminismo no debe perder de vista la problemática del cuerpo, puesto que es en los cuerpos de las mujeres, así como también en grupos estigmatizados en relación con diversos aspectos de su corporalidad, como son la “raza”, la etnicidad, la diversidad o disidencia sexual, la edad o la discapacidad donde confluyen fuerzas y mecanismos políticos opresivos, (Acosta, 2013).

Desde esta perspectiva, Bourdieu (2000 citado en Acosta 2013) explica la sumisión de las mujeres como una de las capas más profundas y arraigadas del rol femenino, sobre todo en el plano sexual, pero también en todas sus concreciones sociales, donde serán valorizadas en función de la ocupación o del trabajo desempeñado. El concepto crucial en Bourdieu es la categoría de *habitus*, es decir, disposiciones aprendidas arreflexivamente en la socialización según los dictados de las instituciones sobre el comportamiento (Acosta, 2013).

Por su parte Young (citada en Acosta, 2013) se refiere a una situación corporal de la mujer moldeada y constreñida por la opresión del patriarcado. Propone una mirada fenomenológica del cuerpo femenino, analizando la experiencia corporal de las mujeres, su manera de moverse en el mundo, para preguntarse qué puede entenderse por existencia vivida en femenino. Dirá que esta existencia femenina está enmarcada en estructuras y de condicionamientos culturales que hacen que las mujeres vivan su cuerpo y su vida de una forma específica, diferente a la de los hombres. En los aspectos corporales se puede observar en aquellas cosas triviales y cotidianas, movimientos sencillos, ordinarios, la manera de hablar, de expresarse, pequeños detalles que suelen pasar desapercibidos, pueden ser una clara señal distintiva y el hecho que haya quienes quieran evadirse de estos parámetros (con o sin éxito) o quienes los adopten sin resistencia, es muestra de la evidencia de un comportamiento corporal típico y específico de la existencia femenina. Ejemplifica haciendo referencia a etapas tempranas del desarrollo, en el juego corporal, donde los niños involucran toda su energía, mientras que las niñas no emplean toda su fuerza; de la misma forma, en la etapa adulta las mujeres habitan el mundo como si el espacio les fuera limitado, donde pareciera que tuvieran que pedir autorización para poder ocuparlo, llegando a percibirse a sí mismas como seres débiles y dependientes, que requieren de un otro para resolver. Esta autopercepción corporal de las mujeres, basada en el desconocimiento y desconfianza de la potencialidad de su fuerza física, se proyecta a retos personales, académicos y profesionales que pueden llegar a abarcar, autopercepción de seres inferiores, lo que no posibilita su plena realización, que genera sentimientos de incapacidad, desembocando en angustia, frustración e inseguridad y una sensación generalizada de infelicidad permanente.

Entonces Young establece 3 términos para referirse el modo de estar desde la corporalidad de las mujeres en el mundo: primero, el de trascendencia ambigua como la falta de determinación o contundencia en que se muestran las mujeres en distintas situaciones de la vida cotidiana, un modo de moverse que, en contraste con el masculino, conducido por miedo, desconfianza, les impiden realizar movimientos que comprometan al cuerpo vigorosamente como un todo, en cambio, pareciera como si estuviera fracturado. El segundo término, es el de

intencionalidad inhibida, que se refiere cuando una mujer, ante la intención de realizar una tarea física, fracasa, pero por el carácter de indecisión y duda. Y, en tercer lugar, habla de unidad discontinua como una falta de coordinación que envuelve los movimientos, debida a que precisamente el cuerpo femenino no funciona como unidad, sino que es vivido como fragmentado. El peso de la socialización hace que la niña experimente su cuerpo con desconfianza y en fragmentos, y luego la mujer adulta, asimilando esta duda sobre su capacidad corporal, la arrastrará a lo largo de su vida, inhibiendo sus potencialidades en otros planos, proyectando sobre sí misma una incapacidad para hacer todas aquellas cosas que ve y cree tan plausibles en los demás. De esta manera, el cuerpo vivido de la mujer, ese “estar femenino” en el mundo o ese cuerpo situado de las mujeres, le impide moverse con libertad, dado que la falta de seguridad y de confianza en su propio cuerpo, es el rasgo dominante (Acosta, 2013).

VI. Metodología (o modelar el hacer)

VI.1. Justificación y exposición de la metodología elegida

En esta investigación, que se articula desde la aproximación a los ejes temáticos principales como son el cuerpo, la psicoterapia feminista y el activismo feminista loco, se busca indagar, relacionar y problematizar, desde una perspectiva crítica y exploratoria, preguntas y espacios de difracción que permitan ponerlos en diálogo.

En alianza con las epistemologías y críticas decoloniales y de los conocimientos situados, desde una necesidad de cuestionar y problematizar la comprensión de un feminismo basado en la opresión de género de “la” mujer, (blanca, occidental, heterosexual, de clase media). Esta perspectiva ha funcionado como una categoría monolítica desde la división sexual o de género y los feminismos decoloniales desvelan y ofrecen herramientas para poner en cuestión otras opresiones constitutivas –no sólo como sumatoria– que las personas y las mujeres sufren y resisten: la “raza”, la clase, la etnia, la sexualidad, la edad, la religión, la discapacidad, la locura, todas ellas operando simultáneamente en el cuerpo y en su subjetividad como un todo.

Desde las epistemologías decoloniales se invita a la descolonización intelectual, lo que está ligado a la pregunta por el cuerpo (Medina en AAVV, 2019) en contacto directo con las otras. El cuerpo como una zona apartada y rezagada de las investigaciones en ciencias sociales, pero que contiene las claves para contactar con otras y otros como sujetos legítimos en su particularidad y donde se encarnan verdaderamente las opresiones que se clasifican en los discursos teóricos.

Esto plantea una dificultad metodológica y política. Metodológica porque si se pretende descolonizar el conocimiento hegemónico explorando dónde y cómo aparecen otras voces, otras zonas, nuevos enfoques, no es posible la obediencia absoluta a los métodos de investigación tan determinados a priori, más bien se requiere de flexibilidad metodológica sustentada en principio ético de descolonización.

Política, porque es necesario analizar para quienes investigamos y sobre la “función transformadora o de mantenimiento del statu quo de nuestras investigaciones” (Gimeno AAVV 2019). En ese sentido y particularmente la pregunta política es: al servicio de quién se investiga (¿academia? ¿psicoterapeutas? ¿para mí? ¿para las “pacientes”? ¿para el encuentro entre posiciones enfrentadas respecto a la salud mental?) y cómo anclar permanentemente la pregunta por el cuerpo como un señalamiento necesario sobre su relevancia en la generación de conocimiento, pero, sobre todo, en la comprensión de la diversidad y validación de la otra.

De esta manera, los feminismos decoloniales promueven la deconstrucción y el repensar formas de investigar, abriendo caminos metodológicos más híbridos y no por eso relativistas. Dicho lo anterior, para esta investigación se establece una metodología cualitativa como estrategia general por un compromiso ético con el tema: el rol de los cuerpos en la psicoterapia y el activismo loco, al tratarse de un interés vocacional y de profundización. Por otra parte, dadas las características del contenido desde posicionamientos críticos hacia el sistema de salud mental hegemónico desde los feminismos, es necesario aproximarse desde el orden interpretativo, valorativo y reflexivo hacia la percepción de las personas entrevistadas - psicoterapeutas feministas y activistas del movimiento loco feminista en España y Chile- con una mirada amplia, relacionando los distintos aspectos que emerjan de estos ejes temáticos.

Se apunta a integrar las críticas y propuestas de estas corrientes, teniendo en cuenta aspectos clave de epistemologías feministas antes señaladas, como subvertir la relación entre sujeto y objeto, romper la dicotomía pública/privado, evidenciar la interdependencia entre la teoría y la práctica, reconocer las relaciones de poder, intentar transformarlas o apostar por la producción colectiva del conocimiento.

VI.2. Técnicas de recogida de datos

En la elección de técnicas para la obtención de la información, se ha optado por la entrevista en profundidad, semiestructurada a modo de guion, puesto que permite elaborar una pauta de temas a tratar con libertad para ordenar y formular preguntas abiertas. Al tratarse de

temas de índole profesional, activista y también personal en algunos casos, es relevante contar con instrumentos que permitan y faciliten la flexibilidad en el proceso de las entrevistas.

La entrevista permite un acercamiento cualitativo y una forma de análisis que parece óptimo para un marco comprensivo feminista, ya que permite acercarse a la experiencia, y vivencias encarnadas, que son parte de los objetivos de esta investigación y que son aspectos que las metodologías científicas más androcéntricas, han dejado de lado por considerarlas poco objetivas. Sin embargo, las entrevistas permiten el acceso a otros aspectos de la realidad social que no son necesariamente cuantificables o descriptivos.

De esta forma se opta por las entrevistas en profundidad, las que se realizan de forma individual. La información que es posible levantar, permite reunir distintas miradas comprensivas sobre los temas que queremos investigar, es decir, más allá de describir una determinada realidad, ofrecen pistas para entender lecturas o razones que subyacen a esa realidad, cómo y por qué se puede entender de esa manera.

Para llevar a cabo las entrevistas, se elaboraron guiones semiestructurados por áreas temáticas correspondientes a los objetivos específicos que se consideraba necesario consultar, que en el transcurso de las mismas podían alterar el orden o modificarse la estructura de la pregunta, según la interacción con la persona entrevistada; esto, aun cuando los guiones fueran enviados con antelación según lo decidiera cada persona.

Así, mismo cada persona entrevistada, accedió mediante consentimiento informado a la transcripción y uso de su contenido para el análisis de esta investigación. La información ha sido requerida de forma confidencial y con el único objetivo de aportar en este proceso de investigación; por este motivo y con el fin del resguardo de identidad y datos personales entregados en cada entrevista, las transcripciones no se adjuntan en los anexos, pero están disponibles como archivo personal, si en determinado momento se requiere verificar.

Para la fase de entrevista se construyeron dos guiones tipo: uno para psicoterapeutas y otro para activista de movimiento loco (Anexo 1 y 2).

VI.3. Selección y caracterización de participantes

La invitación a participar de las entrevistas fue enviada a distintas psicoterapeutas y activistas, que pusieran en tensión el sistema de la salud mental como institucionalización hegemónica del saber y/o el feminismo blanco eurocéntrico que reduce la opresión de las mujeres al sexo y el género. Podía ser que se definieran así mismas como feministas o que de alguna manera estuviesen vinculadas directamente con la perspectiva de género o temáticas

corporales complejas que se aborden desde la psicoterapia y que se crucen con una perspectiva feminista. En la gran mayoría de los casos se mostraron muy dispuestas a participar.

Se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas a participantes entre 28 y 65 años de edad, provenientes de distintos ámbitos de acción, distribuidas de la siguiente manera: 7 psicoterapeutas; 4 activistas de movimientos locos feministas; 1 persona ligada a la psicoterapia desde la formación de terapeutas. De las 12 personas entrevistadas, 6 son españolas nativas, 1 es dominicana actualmente residente en España, 1 es mexicana actualmente residente en España y 4 son chilenas.

Como se señala en el apartado anterior, cada persona entrevistada dio su consentimiento explícito, mediante un documento en el que autorizaba la grabación de la entrevista y su uso para fines académicos (anexo 3).

A continuación, la caracterización de las personas participantes. Han sido enumerada según la siguiente nomenclatura:

Ps: Psicoterapeuta

Ac: Activista Movimiento loco

Fp: Formación psicoterapeutas

Número	Identificación	Edad	Psicoterapeuta/activista loco/ otro	País	Fecha entrevista
1	Ps1	44 años	Psicoterapeuta feminista, antirracista y disidencias sexuales.	República Dominicana (residente en España)	15-03-2021
2	Ps2	41 años	Psicoterapeuta Gestalt experta en intersexualidades	España	16-03-2021
3	Ps3	65 años	Psicóloga Clínica- Psicoterapeuta - Psicoanalista	España	17-03-2021
4	Ps4	52 años	Psicoterapeuta Gestalt	España	26-03-2021
5	Ac1	31 años	Activista movimiento loco	Chile	27-03-2021
6	Ps5	28 años	Psicóloga clínica psicoanalista	Chile	28-03-2021
7	Ac2	30 años	Activista movimiento loco	México residente en España	30-03-2021
8	Fp	39 años	Consultoría y formación en temas LGTBI	España	02-04-2021
9	Ps6	39 años	Psicóloga clínica psicoanalista	Chile	03-04-2021
10	Ac3	44 años	Activista movimiento loco	España	10-04-2021

11	Ac4	37 años	Activista movimiento loco	Chile	10-04-2021
12	Ps7	33 años	Psicoterapeuta y activista movimiento loco.	España	08-05-2021

VI.4. Método y descripción de los instrumentos

Para la elaboración del guion inicial de las entrevistas, se desprendieron unidades de análisis desde los objetivos de la investigación y, dentro de ellas, una serie de subunidades en cruce con los conceptos revisados en el marco teórico, como se describe en las tablas que se exponen a continuación.

Marco categoría	Unidad de Análisis	Conceptualización (Marco teórico)	Sub-Unidad de Análisis
OBJETIVO GENERAL: Psicología feminista en el ámbito psicoterapéutico y activismos locos en relación con cuerpo interseccional.	OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Salud Mental: críticas desde la psicoterapia feminista y el activismo loco.	Sistema/cultura de Salud Mental; conocimiento hegemónico, androcéntrico, colonizador. Relación histórica y conceptual entre la psicología, los feminismos y cómo se ha dado conformando lo que se denomina "psicología feminista". (2a ola) Relación histórica entre la locura y el feminismo.	Psiquiatría y psicología androcéntrica: Diagnósticos, psicofármacos. Psicología como un saber colonizador sobre los cuerpos v/s psicoterapia feminista como crítica al sistema de salud mental. Resistencia de los activismos locos sobre la psiquiatrización y patologización individual.
	OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Cuerpos e interseccionalidad: La dificultad de la práctica.	Interseccionalidad: aproximación al concepto de interseccionalidad desde los feminismos negros hasta su utilización actual. Aproximación al cuerpo desde una perspectiva feminista decolonial Cuerpo como territorio de representación y politización en la locura.	Dualismos y Binarismos entre cuerpos e interseccionalidad. Cuerpos sexuados Cuerpo y raza (etnia), Cuerpo y clase social Cuerpo y disidencia sexual Cuerpo y edad. Cuerpo y colonización: Violencia estructural sobre los diversos cuerpos Cuerpo locura, psiquiatrización y sometimiento.
	OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Aspectos teórico-críticos en psicoterapia feminista en relación al cuerpo. Aspectos teórico-críticos del activismo loco en relación a espacios terapéuticos	Lógicas hetero-patriarcado coloniales de dominación sobre los cuerpos. Activismos locos y crítica a los espacios terapéuticos	Normalidad y Normatividad sobre los cuerpos: sufrimiento Relación de poder y supuesto saber privatización del malestar/singularidad-autonomía
	OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Praxis y en psicoterapia feminista relacionado con los cuerpos. Praxis en activismo feminista relacionado con los cuerpos.	Espacio terapéutico, prácticas y desmantelación de lógicas patriarcales de dominación y sometimiento de los cuerpos activismo/psicoterapia. Formas de prácticas de resistencia desde los activismos en relación con los cuerpos.	Lo personal y lo político: activismos y ética feminista Agencia/responsabilidad/ Prácticas en los cuidados colectivos grupos de apoyo mutuo. Arte y transdisciplina.

Un segundo paso, fue levantar preguntas orientadoras para las entrevistas desde cada subcategoría y así conducir el diálogo con mayor fluidez. Tanto el guion de cada entrevista, como el respectivo consentimiento informado, eran enviados a las personas entrevistadas previamente, con el fin de que pudieran conocer con anticipación de qué se trataba y eventualmente pudiesen anticipar sus respuestas, si así les acomodaba. Del mismo modo, el guion de las entrevistas era flexible según la persona entrevistada o el colectivo de referencia y se promovió una conversación libre dentro de la estructura propuesta.

Las entrevistas fueron realizadas por vía virtual, dadas las condiciones que impone la pandemia, por una parte, pero también -lo que es una ventaja de estos formatos- porque fueron realizadas con personas que se encontraban en distintos lugares del planeta: Madrid, Santiago de Chile, Pucón, Barcelona y Valencia. La duración de las entrevistas fluctuó entre 45 a 90 minutos y fueron registradas en archivos de audio para la transcripción.

Las preguntas que se exponen en las siguientes 4 tablas (1 tabla por cada objetivo específico), utilizan las siguientes nomenclaturas para determinar el colectivo de referencia de las personas entrevistadas a quien se dirige cada cuestión:

AL= Activismo loco

P= Psicoterapeuta

PC= Pregunta Común

Tabla objetivo específico 1

Objetivo específico 1	Unidad de análisis	Subunidad	Preguntas orientadoras
Explorar y describir el diálogo entre psicología, locura y feminismos.	Salud Mental: críticas desde la psicoterapia feminista y el activismo loco.	Psiquiatría y psicología androcéntrica: Diagnóstico, psicofármacos.	¿Cómo ha sido su proceso para llegar a los activismos feministas locos? (AL) ¿Cuál es su opinión respecto a la influencia de la psiquiatría, los diagnósticos y psicofármacos en los cuerpos de las mujeres? (PC)
		Psicología como un saber colonizador sobre los cuerpos v/s psicoterapia feminista como crítica al sistema de salud mental.	¿Qué se deconstruye en la psicología con los feminismos? (P)
		Resistencia de los activismos locos sobre la psiquiatrización y patologización individual.	Desde su perspectiva ¿Qué se deconstruye en la salud mental con los activismos locos? (AL) ¿En qué medida el activismo loco es un acto

			resistencia a la cultura patriarcal? (AL)
--	--	--	---

Tabla objetivo específico 2:

Objetivo específico 2	Unidad de análisis	Subunidad	Preguntas orientadoras
Explorar y problematizar el concepto de cuerpos en interseccionalidad.	Cuerpos e interseccionalidad: La dificultad de la práctica.	Dualismos y Binarismos entre cuerpos e interseccionalidad Cuerpos sexuados Cuerpo y raza (etnia), Cuerpo y clase social Cuerpo y disidencia sexual Cuerpo y edad. Cuerpo y locura	Respecto a los cuerpos y subjetividades ¿Cuál sería la relevancia de una perspectiva interseccional en la psicoterapia feminista? (P) ¿Cuáles son las problemáticas de binarismos y dicotomías que se proyectan en cómo vivimos nuestros cuerpos? (PC) Desde su mirada ¿Cómo dialogan lo psiquis, el cuerpo y lo social en el contexto salud mental? (PC)
		Cuerpo y colonización Violencia estructural sobre los cuerpos (patriarcal, colonial y capitalista).	¿Cuáles son los principales motivos de sufrimiento asociados a los cuerpos de las personas que buscan psicoterapia? (P)
		Cuerpo, locura, psiquiatrización y sometimiento.	¿Qué significado le dan al cuerpo y la interseccionalidad en los activismos locos? (AL) ¿Cómo afectan la psiquiatría, los diagnósticos, fármacos y tratamientos en los cuerpos de las mujeres psiquiatrizadas? (AL)

Tabla objetivo específico 3:

Objetivo específico 3	Unidad de análisis	Subunidad	Preguntas orientadoras
Relacionar aspectos teóricos y críticos en psicoterapia feminista y activismos locos feministas relacionado con los cuerpos, en Chile y España.	Aspectos teórico-críticos en psicoterapia feminista en relación al cuerpo. Aspectos teórico-críticos del activismo loco en relación a espacios terapéuticos	Normalidad y Normatividad sobre los cuerpos.	¿Cómo se relaciona con los conceptos de normalidad y Salud mental? (PC)
		Relación de poder y supuesto saber Privatización del malestar/singularidad-autonomía	¿Qué caracteriza el vínculo y el encuadre terapéutico en la psicoterapia feminista? (P) ¿Cómo se vive la relación de supuesto saber y poder entre paciente y terapeuta? (P)

			¿Cómo se relaciona con el espacio de la psicoterapia (feminista)? (AL)
--	--	--	--

Tabla Objetivo específico 4:

Objetivo Específico 4	Unidad de análisis	subunidad	Preguntas orientadoras
Analizar el trabajo práctico en espacios terapéuticos feministas, así como en activismos locos relacionado con los cuerpos, en Chile y España.	Prácticas en psicoterapia feminista relacionado con los cuerpos. Prácticas en activismo feminista relacionado con los cuerpos.	Lo personal y lo político: Activismos y ética feminista	¿Cómo dialogan lo personal y lo político en el contexto terapéutico? (P)
		Agencia/responsabilidad/	¿Cómo entiende el concepto de agencia? ¿Cuál es el rol de pacientes/consultantes? (P) ¿Cómo se acerca el activismo loco al concepto de agencia de los cuerpos? (AL)
		Prácticas en los cuidados colectivos grupos de apoyo mutuo.	¿Cómo influye las cadenas de cuidados en el buen vivir? (PC) ¿Cuál es la importancia que se le da a los grupos de personas como grupos de apoyo mutuo, por ejemplo? (PC) ¿Cuáles serían los retos de la psicoterapia feminista? (P) ¿Cómo sería una red de cuidados óptima a nivel comunitario, en clave feminista, para la salud mental? (PC)

VI.5. Descripción del procedimiento de análisis

El procedimiento de análisis de datos se ha orientado hacia el análisis de contenido, teniendo en cuenta la información procedente principalmente de las transcripciones de las entrevistas producidas. El proceso va en la línea de un análisis temático, agrupando material obtenido en las respuestas por unidades y subunidades de contenido similar en pasos sucesivos que luego permitan una conceptualización que justifique el agrupamiento en categorías de síntesis. En un siguiente paso, se van haciendo relaciones, inferencias e interpretaciones tanto dentro de cada grupo temático, como también entre cada unidad o sub unidad, de manera de ir generando una red analítica intersubjetiva que permite relacionar y proponer una reflexividad propia, pero en vínculo con la información obtenida.

Las entrevistas se transcribieron una a una y junto a ese proceso fueron surgiendo reflexiones y notas de campo que ayudaron al levantamiento y ordenamiento de datos, que consistió en seleccionar, ordenar y analizar las respuestas de las personas participantes, agrupándolas según las unidades previamente establecidas, para luego en una etapa

interpretativa y reflexiva ir definiendo categorías emergentes definitivas, que se van desprendiendo de la interrelación de las unidades de análisis. Para este trabajo ha sido fundamental recurrir a citas textuales de las entrevistas para reflejar mejor las ideas de sus protagonistas.

En el proceso de análisis e interpretación de los resultados se realiza un cruce entre las notas de campo surgidas en la transcripción, los temas que van siendo identificados a partir del análisis de contenido de las narrativas, las referencias teóricas y bibliográficas que van apareciendo en el contenido de las entrevistas, y las lecturas y materiales incorporados en el marco teórico. De esta forma, se va construyendo el análisis y conformando los ejes reflexivos para las síntesis y reflexiones finales.

VII. Análisis de resultados (o la Escucha de portadoras del saber/hacer)

VII.1. Salud Mental: críticas desde la psicoterapia feminista y el activismo loco

VII.1.a. Psiquiatría y psicología androcéntrica: Diagnósticos, psicofármacos

Para identificar cuáles son las características propias de lo que sería la psicoterapia feminista, partimos analizando Lo Otro. De qué se diferencia o intenta distinguirse: El sistema de salud mental es un aparato construido en la modernidad con la psiquiatría y la psicología, que, como todo el conocimiento institucionalizado y formal, ha funcionado como una forma de control sobre la vida de las personas a través de la categoría de lo que sería “normal”. El sistema biomédico imperante hoy, es la herencia de un conocimiento hegemónico patriarcal y colonial hecho por y para hombres blancos, que arrastra sesgos de género, invisibilización, olvido y violencia histórica sobre las mujeres. El feminismo ha señalado y luchado contra las injusticias que reproduce este sistema, siempre más evidentes sobre las mujeres.

Esa lucha contra el sistema de salud mental patriarcal podría ser considerada un punto de referencia común entre la actual psicoterapia feminista y los activismos feministas locos. Sin embargo, existen bastantes matices entre ambas posturas, distancias oceánicas en algunos puntos, que ya iremos profundizando en este apartado a partir de las voces de las personas entrevistadas.

Las psicoterapeutas feministas comparten posturas revisionistas y críticas frente al sistema de salud mental, específicamente en lo que respecta a las violencias que reproduce la psiquiatrización, en un sentido más general:

“Las personas psiquiatrizadas que han sido sobrediagnosticadas, o que han sufrido por el sistema psiquiátrico, me parece que han recibido violencia justo en el lugar del que deberían recibir apoyo y salud. Me parece nefasto por lo traumatizante. El sentimiento de vulnerabilidad en estos casos es tremendo” (Ps4)

Lo que la psiquiatría establece como sano, o normal, parece tener más que ver con la funcionalidad, adaptación y productividad de las personas en un sistema que intenta homogeneizar comportamientos y ocultar privilegios y opresiones, con objetivos capacitistas; utilizando el conocimiento científico, como aparato ideológico, patriarcal y de poder al servicio de un sistema capitalista y neoliberal:

“Entrar dentro de determinados parámetros de productividad, al final, qué es lo que acaban regulando, sea productividad sexual, reproductiva, sea a nivel laboral, que muchas veces es lo que acaban, de alguna manera, regulando los diagnósticos psiquiátricos. Cómo eres de productivo corporal, psíquicamente para todos estos tipos de producción social” (Fp)

Desde los feminismos locos, existe una oposición radical de esta regulación psiquiátrica y desconocen los tratamientos de la psiquiatría como una forma de salud o de cuidado real en salud mental: “hay que pensar en los cuidados desde una perspectiva loca en el sentido de que muchas veces se te vende por cuidado, algo que en verdad es control, o es coerción o es involuntariedad” (Ac2).

Desde algunas experiencias de personas psiquiatrizadas, los psiquiatras se han convertido en una especie de expendedor de medicamentos, al cual acuden de manera utilitaria para acceder a su tratamiento, puesto que confiesan sentirse adictas a las píldoras para poder permanecer estables: “Para mí el psiquiatra es mi camello, así tal cual” (Ac3).

Al mismo tiempo, desde la psicoterapia feminista existe una mirada más matizada en relación a un trabajo complementario con la psiquiatría, en tanto esta misma comienza a deconstruirse y a dialogar de forma distinta:

“Pero yo quiero apostar por que sí que... porque la solución no es tirar la psiquiatría a la basura, sino buscar otros usos, y estoy segura de que también hay mucha gente que le está siendo muy útil la herramienta de la psiquiatría.” (Fp)

De todas maneras, la misma persona invita a caminar con cautela en la relación con la psiquiatría, puesto que podría ser peligrosa si vuelve a ocupar sitios de corte en lo que respecta a definir qué es lo normal en lugares de disputa o de desmantelamiento de discursos hegemónicos sobre sexualidad, por ejemplo:

“Depende si la psiquiatría va a venir a llenar las incertezas que tenemos, las incertidumbres (...) con respecto a la salud mental, pero también con respecto al género, también con respecto a los cuerpos, va a venir a ordenarnos otra vez, pues, flaco favor nos va a hacer” (Fp)

VII.1.b. Diagnósticos ¿al servicio de quién?

Los diagnósticos psiquiátricos son una de las zonas más controversiales y criticadas de la psiquiatría o del sistema de salud mental, tanto por parte de las terapeutas, como de las activistas, donde también se pueden apreciar matices en un continuo que va desde la abolición del sistema de salud mental, hasta un lugar que entrega tranquilidad, que permite comprender mejor un malestar y compartirlo con otras profesionales. Las personas entrevistadas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico que ha requerido una internación y tratamiento de sometimiento de su voluntad en algún momento, lo vivencian como una condena “Mira, es lo mismo cuando te dicen que hay que ir a juicio, aquí están las pruebas y ¡culpable!” (Ac4).

A nivel semántico, el diagnóstico entrega un nombre estandarizado a una experiencia singular que puede experimentar una persona. Esta categorización de las experiencias podría proporcionar distintos posicionamientos, por ejemplo, señala un entrevistado:

“Si tú le pones el nombre sobre una experiencia subjetiva a una persona, eliminas la palabra subjetiva de la expresión experiencia subjetiva; y la dejas ya como una experiencia preconfigurada, predeterminada y la persona no puede ya elaborar un significado sino adherirse a un corpus teórico ya preexistente.” (Ps7)

Sin embargo, otras miradas señalan que recibir este nombre explicativo sobre el malestar podría ofrecer un espacio de tranquilidad a la persona, en el sentido de que intenta dar una respuesta comprensiva al sufrimiento que está sintiendo. Menciona una experimentada psicoterapeuta feminista:

“De entrada, pensaba que los diagnósticos siempre eran algo negativo, que encasillaba, que era una especie de etiqueta que no permitía ver a la persona. Con esto pongo delante algo que no me permite ver quién está en el otro lado. Lo que pasa es que, con la práctica, he visto que hay personas que poder nombrarse desde este lugar, poder decir, ah, ya entiendo qué me pasa, tengo algo bipolar o ya entiendo qué me pasa, parece que mi sufrimiento tiene que ver con el trastorno límite de personalidad. Esto a veces, tranquiliza. Pone encuadre y permite reconocerse en algo” (Ps4)

La misma entrevistada comenta que el lugar explicativo que entregaría esa categoría llamada diagnóstico, puede ofrecer un espacio de apropiación, posicionamiento e incluso de politización de la experiencia, lo que no se distanciaría mucho de lo que proponen los activismos locos, menciona:

“A mí me parece que las categorías psiquiátricas, son como otras categorías, nos oprimen o nos empoderan. Quiero decir, depende de si es hetero asignada o auto asignada. Si desde fuera me llaman lesbiana, puede que esa denominación a mí me oprima. Desde luego también me está limitando respecto a mis posibilidades de moverme respecto a mi sexualidad. A veces, que yo recoja esa categoría para utilizarla como algo que me permite modificar las cosas, que me permite identificar y luchar políticamente con ella, es positivo para mí. Me hace igual a otras, me permite reconocermé en algunas cosas comunes, delimitar cómo me estoy nombrando, o cómo se me está viendo desde el mundo, incluso ponerme a hacerme muy lesbiana, o ponerme muy... jugar un poco a esto, para darme un sentido a mí misma” (Ps4)

En la misma línea, una psicoterapeuta chilena comparte la experiencia que le trajo negar tajantemente los diagnósticos en un comienzo, lo que la llevó a ciertos errores al tratar con las personas: “Quitándole un diagnóstico a alguien, por ejemplo (...) eso no ha generado buenas cosas, generó movimientos yo diría, más desestructurantes. Cuando yo pensé que estaba haciéndola de oro y en realidad no” (Ps5).

Otra perspectiva respecto a los diagnósticos dentro de las psicoterapeutas, observa la generalización en la que se cae a veces al diagnosticar, puesto que las clasificaciones de categorías diagnósticas que se definen por frecuencias de aparición de síntomas, como el DSM (APA) y la CIE (OMS) -influidos por el modelo biomédico de salud- es que se basan en sintomatología y no en lo que ha ocurrido en la historia de esa persona, que habla más de su singularidad. Además, ciertas categorías probablemente en continuidad con históricos sesgos de género al diagnosticar, han sido sobreutilizadas en mujeres:

“En los servicios he visto mujeres diagnosticadas por TLP (Trastorno límite de la personalidad) y se acaban convirtiendo en cajones de sastre (...) estas mujeres, la gran mayoría, lo que precisan son lugares para poder hablar. Hablar de sí mismas, de cómo se sienten, ya sea en espacios individuales o grupales o mixtos” (Ps3)

Desde los activismos locos y feministas, muy por el contrario, ninguna de las personas entrevistadas señala que recibir un diagnóstico les haya ayudado, sino que muchas veces ha ayudado más a sus personas cercanas:

“Mira para qué me sirvió (el diagnóstico) ... me sirvió para que familiarmente hubiese una respuesta de lo que yo tenía, como que la razón de tener una hija rara, una hermana excéntrica, una loca (...) no, es que mi hermana es bipolar, la Pili (pseudónimo) está con crisis (...) como hubo esta explicación, permitió a la familia una respuesta más normal, a la sociedad, de cómo era, de quién yo era y bueno, (risa) eso es lo que yo creo. Pero a mí, personalmente, no sé... igual me leí libros que tenían que ver con mi enfermedad, fui a los encuentros de la Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares por dos años seguidos por invitación de mi hermana y aprendí harto de lo que ocurre ahí, de los coffee break (risas) y de las ofertas de psicofármacos nuevos (risas), pero ¿Qué más? No, creo que no aprendí nada, no me sirvió de nada” (Ac4)

VII.1.c. El sitio poder de los psicofármacos

Existe una estrecha relación entre los diagnósticos y la medicación, lo que implica entre otras cosas, que se tiende a buscar soluciones inmediatas e indoloras a malestares que son multicausales y abarcan una amplia gama de problemáticas. La industria farmacológica ha sabido lucrar con esta necesidad de aliviar el sufrimiento de manera rápida y efectiva:

“Yo no quisiera ser mal pensada, pero tenga en cuenta que hay unas ramificaciones con la industria farmacéutica también, con todo esto. Porque muchos de estos diagnósticos, luego conllevan medicación y habría que ver también en qué casos realmente está indicada la medicación... y yo no es que sea anti medicación cuando realmente se precisa, profesionalmente, soy la primera que cuando veo una situación o escucho a una persona que realmente tiene unos síntomas graves, y que le va a ir bien tomar medicación, por lo menos durante un tiempo, la puedo derivar tranquilamente al médico o al psiquiatra, pero indicaciones que sean adecuadas, no a nivel estándar, como se está haciendo.”(Ps3)

Los psicofármacos son uno de los temas donde queda mejor reflejada la repercusión de la psiquiatría y el modelo biomédico en salud mental en los cuerpos de las personas, menciona una activista:

“Súper importante, o sea, el tema de los fármacos y los psicofármacos deberían ser sólo temporales y deberíamos dejarlos en cuanto pudiéramos porque está demostrado que tienen muchos efectos secundarios, aparte que las personas que los tomamos, si sigue este hilo durante toda nuestra vida, llegamos a vivir 20 años menos. O sea, es una barbaridad” (Ac3)

Sus efectos a nivel del sistema nervioso, o de otros sistemas del cuerpo, pueden ser muy difíciles de sobrellevar, más allá de que alivien los síntomas centrales del malestar.

“Pues afectan mal. Mira a mí durante la primera etapa, ya te digo que he tenido 20 años y he probado de todo. Todo tipo de drogas. Al principio se me trató con litio que era muy usual, a las personas con diagnóstico de trastorno bipolar les trataban con litio y sufría muchísimos efectos secundarios. Temblores y diarreas, no podía contener los movimientos del intestino. Me hice una prueba y se me diagnosticó colon irritable.” (Ac3)

Un psicofármaco que alivia los síntomas centrales del malestar asociado al diagnóstico psiquiátrico, podría considerarse efectivo, sin embargo, a lo largo del tiempo puede intervenir de forma importante la vida emocional y afectiva de la persona:

“He tenido una temporada de mi vida, como unos 10 o 12 años que he estado en stand by, o sea no sentía ni padecía, iba a trabajar y luego volvía a casa. No tenía ni ganas de conocer a gente, ni deseo sexual, ni absolutamente nada. Yo creo que eso era de la medicación también” (Ac3)

La misma entrevistada comenta sobre la dificultad que conlleva el intento de desmedicalización entre sus pares, puesto que el habituarse a los fármacos es habituarse a efectos indeseados, por una parte, o la ansiedad y dependencia por otra:

“Pero mucha gente se queja de eso, volviendo a los fármacos, de falta de deseo sexual y luego de no tener ganas de hacer nada, de estar muy tirado, muy pasivo. Y luego cuando la gente intenta quitarse la medicación, pues tener ansiedad. Pero eso es por una dependencia, por una intoxicación” (Ac3)

Sobre otros efectos y el proceso de desmedicalización, otra entrevistada de los activismos feministas locos en Chile, da cuenta de cómo su cuerpo reaccionaba a los fármacos y a los tratamientos que le recomendaban los expertos, donde se puede comprender un distanciamiento y desconfianza basal hacia el conocimiento médico, desde la propia experiencia y el sufrimiento que le provocaron los tratamientos:

“Yo tuve Parkinsonismo y discinesia, el parkinsonismo se me detectó en un momento en el que el movimiento de mi cuerpo era general, o sea, no había parte alguna que no temblara y con el proceso de la desmedicalización fui vivenciando cómo eso dejó de pasar(...) La discinesia se me manifestaba con movimientos involuntarios en mi hombro y en mi boca(...) ese daño fue provocado por el consumo de un psicofármaco que es el carbonato de litio, el que consumí durante 4 años con órdenes médicas que respaldaban que así era el tratamiento que yo necesitaba” (Ac4)

En algunos casos, la dependencia al medicamento podría venir de la mano de las condiciones de atención, es decir, de las limitadas alternativas de tratamiento que se encuentran accesible para todo tipo de personas según su condición económica:

“Entonces, yo, por ejemplo, no he dejado las pastillas porque me considero adicta a ellas, o sea que tomo pastillas desde los 16 años, no puedo dejarlas si no es con un profesional y no hay profesionales que lo hagan en la salud pública, en lo que es la red sanitaria de salud pública. ¿Por qué no lo hacen? Porque tienen miedo, tienen miedo de que, si te bajan la medicación o te la quitan, te pueda dar una crisis y eso les podría responsabilizar, entonces, tienen mucho miedo a este tipo de cambios y de cosas. Sí que hay psiquiatras de la privada que se aventuran a hacerlo, pero claro que no me los puedo permitir.” (Ac3)

La anulación de la voluntad de la persona es un aspecto crucial dentro de los tratamientos farmacológicos y psiquiátricos en un sentido más amplio. Las personas sobrevivientes de la psiquiatría -como ellas mismas se denominan- comparten haberse sentido

sometidas e incluso torturadas por el sistema psiquiátrico. Vivencias que se han experimentado como un sometimiento y iatrogénicas⁴ para su condición.

“Yo dentro del sistema de salud mental también viví amenorrea, que es la interrupción de la menstruación. Lo viví producto del consumo de psicofármacos. Otra situación por la que pasé fue que desperté amarrada en Punta Arenas y podría sumar más situaciones que son violencia física, tortura química y dichas respuestas no son lejanas a nuestra corporalidad. Pero no sé cómo explicarlo tan bien” (Ac4)

Entre las personas que son sobrevivientes o que han sido psiquiatrizadas se encuentran realidades diversas respecto al uso de psicofármacos y sus posicionamientos frente a los medicamentos. No todas las personas psiquiatrizadas o locas se encuentran en la misma relación con el sistema de salud mental o con el activismo:

“Tienes las personas que son usuarias, las personas que son locas pero igual siguen consumiendo psicofármacos porque sienten que les hace bien o que utilizan diagnósticos porque sienten que de alguna forma las dignifica de una manera en que quizás antes no lo habían hecho... están las personas sobrevivientes de la psiquiatría que dejan de tomar fármacos y que ya no y lo critican, o están las personas que alguna vez consumieron fármacos y después los dejaron, pero que tampoco toman ese posicionamiento de activismo, hacen como que quieren dejarlo en el pasado como algo, digamos, que no les gusta hablar mucho porque les da vergüenza... Entonces yo creo que la forma de psiquiatrización en los cuerpos es como más complejo” (Ac1)

Desde la mirada profesional, las personas entrevistadas coinciden en una postura inicial lejana y crítica con los psicofármacos. Por una parte, se ha apostado en ellos como una solución eficaz e inmediata a problemas que no lo son:

“Las perspectivas que se tienen hoy en día sobre qué es el sufrimiento psíquico, entendido como un desequilibrio químico, pues se pone el psicofármaco en un lugar que parece que sea dios. Creo que el problema viene de una sobredimensión de las capacidades del psicofármaco, en vez de una visión más realista que estaría bien, porque tiene algunas cosas buenas.” (Ps7)

Esto ha derivado en que los psicofármacos sean parte de una forma de vida en que cotidianamente y en forma popular se recurre a la medicación para poder responder a las exigencias, el ritmo de vida, demandas del sistema que repercuten directamente en los cuerpos, a lo que se suma el efecto farmacológico:

⁴ Consecuencias dañinas de un tratamiento recomendado por una o un profesional, sobre la salud física o mental una o un paciente.

“El otro día salía el Iñigo Errejón ahí en el parlamento de Madrid, (...) diciendo quién no sabe el nombre de lo que es Diazepan, quién no sabe lo que es Trankimazin o sea, tenemos una socialización en determinadas cuestiones psiquiátricas, que es que ya son vox populi; son parte casi ya... se han fundido con el saber popular. Tú te puedes tomar un Tranquimazin porque te lo receta el psiquiatra, pero podrías ir al psiquiatra y decirle directamente que te recete Trankimazin. Ahora, a la dermatóloga igual no sabes qué pedirle que te recete” (Fp)

Una crítica importante, que emerge desde las entrevistas a personas profesionales, se refiere al modelo biomédico y las neurociencias; su reduccionismo sobre el abordaje del sufrimiento psíquico como algo químico, puramente cerebral, desconectado del resto del cuerpo y de aspectos relacionales. Discurso que se convierte en cultura y explicación para todo.

“Incluso la idea de poner la mente reducida al cerebro ya está siendo cuestionada. El propio funcionamiento del cerebro no se puede entender fuera de las redes neuronales que lo conectan con el resto del cuerpo, o sea, lo que ha pasado es que las neurociencias han tenido mucho peso (...) La importancia, por ejemplo, que tienen los procesos y no sólo las estructuras dentro del funcionamiento de nuestro cuerpo. No es sólo el cerebro, ¿Qué es el cerebro sin todos los procesos que acontecen, que dependen de muchas cosas, que no es exclusivamente eso que hemos llamado cerebro?” (Fp)

Más allá de la crítica reduccionista, de la popularización en el uso psicofarmacológico y el protagonismo de los tratamientos farmacológicos, tampoco se llega a anular su efectividad y existe un reconocimiento sobre la necesidad a la que responde en casos agudos, extremos o graves, de forma similar a lo que sucede en las posturas ante los diagnósticos psiquiátricos.

“Mi opinión sobre los psicofármacos es que a veces son un bote salvavidas, a veces no queda más remedio que tomarlos y si ese es el caso, pues está bien. Pero al mismo tiempo, la existencia del psicofármaco no es la existencia del psicofármaco, ni que la gente tome psicofármacos, ni se prescriban psicofármacos, sino que el psicofármaco es el centro del modelo biologicista que existe hoy en día” (Ps7)

Algunos criterios que las psicoterapeutas traen a la discusión sobre la pertinencia de proponer o derivar a la persona hacia los psicofármacos, pueden ir más allá de la gravedad del cuadro. En ámbitos psicoterapéuticos sí se considera relevante la voluntad de la persona que consulta. En este sentido, se observa una distancia entre la experiencia de las personas locas, sobrevivientes del sistema psiquiátrico y las personas que puedan participar de una psicoterapia (aunque entre nuestras entrevistadas tenemos una integrante que participa de ambos espacios, como se describe más adelante). Respecto a la voluntad, autonomía y responsabilidad de las y los consultantes en psicoterapia:

“Yo siento que cuando la persona no está pudiendo, (...) has usado muchos recursos para que baje la angustia (...) podemos ir desde la decisión chamánica, las flores de

Bach, hasta un ansiolítico. Y ahí me parece que depende también mucho de la persona, cómo yo quiero resolver esta angustia, tengo la paciencia, puedo esperar, puedo probarme o no, estoy colapsada y no quiero más y bueno ahí sí, vamos al psiquiatra.” (Ps6)

Otra valoración que surge desde el quehacer terapéutico es que en ocasiones el psicofármaco sí puede ser un aliado a la hora de profundizar en el trabajo de introspección necesario para un proceso de psicoterapia:

“Siempre la toma del fármaco ha sido en la necesidad de descansar un poco y creo que sí ha ayudado y ayuda, incluso a la terapia porque permite abrir, permite seguir profundizando, si no es muy sintomático el discurso” (Ps6)

Aparece una relación entre psicoterapeuta, psiquiatría y medicación en la que se puede observar un nivel de respeto entre especialidades -especialmente en terapeutas que trabajan en equipos multidisciplinarios- y aún más allá, donde se observa la posibilidad de llevar a cabo un trabajo virtuoso entre ambas:

“Y la pregunta es ¿por qué tiene que llegar sangrando a la meta? Si sabemos que el fármaco bien recetado, con buenas dosis, que esté probando con un buen psiquiatra, puede solamente acallar la manifestación corporal, no calla el problema.” (Ps5)

Es muy interesante observar la autocrítica consciente respecto al ejercicio de poder que conllevan algunas posturas de profesionales frente a los medicamentos, de la que surge un posicionamiento respetuoso ante la experiencia, sufrimiento y la voluntad de la persona:

“Es muy violento, por ejemplo, decirle al otro que está padeciendo así muchísimo, que no tome fármacos. Porque además pones al análisis o a la terapia en un lugar omnipotente, de que con la terapia basta y eso habla del narcisismo de nosotras como terapeutas y además los pone a ellos en una posición de que no puedan elegir. Eso no es una decisión de nosotras, es una decisión del paciente.” (Ps5)

El problema no es la existencia del psicofármaco, el problema es que sea considerado un tratamiento efectivo por sí solo. Cuando los discursos científicos y médicos son unívocos y por lo tanto poco flexibles a problematizar los diagnósticos, tratamiento y además, se introducen intereses creados en las investigaciones científicas, como en el caso de la industria farmacéutica, se vuelve bastante peligroso al momento de elaborar políticas públicas, ya sea en Chile o en España:

“Y luego el Estado ha comprado esa visión, porque el Estado lo que ha incorporado dentro de la sanidad pública, es este modelo de visión de la salud. Con algunas otras cosas de promoción de la salud y cosas que luego van por ahí royendo el sistema también, de otra manera. Pero es verdad que lo que te cubre ahora mismo la sanidad

pública, es ir al psiquiatra, no irte a una... ni a otro tipo de respuesta relacionada con la salud física, estoy pensando irte a un osteópata o irte a un homeópata, no a otro tipo de respuestas más colectivas” (Fp)

En definitiva, el modelo biomédico imperante en salud ha centrado su acción en los síntomas para diagnosticar malestares y tratarlos mediante psicofármacos. Tanto activistas del movimiento feminista loco que han sido psiquiatrizadas, como psicoterapeutas feministas, se distancian y toman una postura crítica frente a este sistema de salud mental. Por una parte, las consecuencias de este modo de concebir la salud mental son padecidas por muchas usuarias del sistema psiquiátrico, en quienes los diagnósticos no han sido útiles para pacientes sino más bien para su entorno familiar; o los tratamientos han causado graves efectos en la salud de las personas psiquiatrizadas, como se puede apreciar en los relatos, tales como temblores, intoxicaciones, adicción, anhedonia, aplanamiento afectivo, entre otras. Por otra parte, desde profesionales se observa una mirada con más matices respecto a diagnósticos, cuando señalan que éstos pueden tener un carácter de apropiación del malestar, o que en casos en que la paciente opte por psicofármacos, estos pueden ser útiles para disminuir los síntomas y poder trabajar otros aspectos en terapia.

En ambos casos, psicoterapeutas y activistas locas, desestiman que sea suficiente con un sistema de salud mental que se quede sólo en diagnósticos y psicofármacos.

VII.1.d. Psicología hegemónica como un saber colonizador sobre la subjetividad, sexualidad y el género vs. psicoterapia feminista como crítica.

Preguntarse en qué consistiría una psicoterapia feminista es introducirse en un mundo problemático, casi tanto como preguntarse en qué consiste el feminismo, siendo ya casi insostenible hablar del feminismo como una sola cosa.

Existen premisas fundamentales para una psicoterapia feminista como el desprenderse de la mirada androcéntrica o poner en evidencia las relaciones de poder, como señala esta terapeuta: “Para mí feminismo lo que significa es poner en cuestión los sistemas de dominio/sumisión que están insertos en nuestra subjetividad, en nuestra mirada del mundo” (Ps4).

Surge la necesidad de preguntarse quién (cuerpo, subjetividad de la terapeuta) está operando en el espacio terapéutico definido como feminista, va a depender de qué feminismo estemos hablando o desde qué colectivo identitario, se cuestionan ciertas relaciones de poder y no otras. “El feminismo de la igualdad, es terrible, porque casi que es asimilarte al poder,

casi ser, encarnar un cuerpo que tiene siempre en oposición la masculinidad y de tanto oponerla, la termina reflejando” (Ps1).

Entonces surge la pregunta por el diálogo entre qué psicoterapia, con qué feminismo se ponen en juego en cada caso. Dependiendo de la posición que ocupe ese cuerpo dentro del sistema de opresión y sumisión aparecen los dolores y los Otros dolores u orígenes del dolor, provenientes entre otras cosas, de las opresiones sociales, geopolíticas, raciales, sexuales, de género. El feminismo decolonial apunta a una mirada más amplia e incorporada del cuerpo, que tiene un color de piel, una historia racial, de colonización, sexualidad, de clases:

“Entonces, para mí, raza, género, edad, sexualidad, clases, son cosas que no están separadas de la herida fundacional, de la mente, de la psiquis, del alma. Es más, el alma se entiende en relación con ese proyecto moderno colonial, es un producto en ese sentido, de todo ese aprendizaje que se estructura en esa herramienta del amo, por decirle así. Creo que la psicoterapia, en este orden es más que nada un espacio individual-colectivo para curar esa herida” (Ps1)

El cuerpo disociado de la mente, es un espacio de blanqueamiento de la psicoterapia en ese sentido, ya que se pretende homogeneizar e invisibilizar esos Otros dolores de los Otros cuerpos, que no se pensaron desde la psicología.

“Yo creo que el límite, sigue siendo en ese enfoque, el individuo, lo individual y lo costosa que es y lo blanqueada que es, más bien, porque sabes, quién puede ir al psicoanálisis a acostarse en un diván... A mí me gusta hablar, por ejemplo, de un diván colectivo, o sea cómo creamos zonas de catarsis, que nos permiten pues recuperar memorias y tal (...) pero creo que en psicología va a depender siempre mucho de la persona que está ejerciendo y sus epistemologías ¿no? Desde dónde se está moviendo, porque es una profesión que ejercemos casi como acto de magia, como acto de arte y como acto de un saber situado” (Ps1)

En la misma línea crítica a la psicología androcéntrica y hegemónica, psicoterapeutas chilenas sostienen que una de las principales deconstrucciones que realizan los feminismos en psicología, se refiere a la heteronorma y lo heteropatriarcal que se recibe en la formación.

“Los feminismos en realidad, vienen como a aportar otra mirada y a decir: Ojo, podemos pensar desde otro lugar. Pensemos las teorías que quedan fuera, pensemos el sujeto que queda fuera de esa psicología también. A propósito, esto de que... y a mí me da mucha risa esto que se dice como las nuevas sexualidades, que yo no sé para quién son nuevas, para la academia no más (risas) o sea, han existido siempre, para nosotros son nuevas y me parece súper arrogante, creo que ese es como un indicio, un resabio de esta psicología” (Ps5)

Los feminismos presentes en algunas entrevistas cuestionan la psicología hegemónica, patriarcal y colonial, es decir, la formación académica basada en la heteronormatividad y la

heterosexualidad como “lo sano”, además de los estereotipos de género, los modelos de lo femenino y lo masculino son puestos en el centro de la observación y cuestionamiento: “Luego hay como una especie de expectativa de las mujeres y la feminidad que va muy ligada a la heterosexualidad ¿no? Entonces, las personas no heterosexuales acabamos siendo personas que nos hemos desviado del género también, al final” (Fp).

Por otra parte, aparecen miradas menos críticas en relación a la heteronorma, una forma de validación de ese paradigma como lo normal o esperable en relación al género y la sexualidad. Estas diferencias pueden dar cuenta de distintas posturas dentro del feminismo en relación a la psicología y la subjetividad. Es interesante observar cómo permanecen ciertas premisas sobre la feminidad, la heterosexualidad como ligadas a un desarrollo adecuado, incluso presintiendo cierta amenaza si es que la heterosexualidad es demasiado cuestionada en algunos espacios, como los educativos:

“Hay que advertir de otro tipo de riesgo, que sería que por agitar tanto una bandera, lo digo por determinados sectores que pueden hacerlo así, por ejemplo, una bandera ideológica, estén empujando al lesbianismo o a la homosexualidad como moda, a mujeres o a jóvenes, que no lo son “per se” de fondo ¿me explico? Es que claro, estamos viendo situaciones de este tipo también, no hay más que observar qué sucede con los púberes, que están además atravesando crisis normales de identidad evolutiva y se suman estas influencias, parece que lo que costaría socialmente hablando, es ir respetando, acompañando y respetando la libertad de las personas, realmente. Porque parecería que se las tratara más que de advertir, de empujar, está bien que se defiendan de esquemas patriarcales, pero no que se las precipite indirectamente a lo que en el fondo no está tan claro que quieren. Y eso ahora está ocurriendo como digo entre adolescentes muchísimo. El desarrollo adecuado de la infancia y adolescencia debe protegerse y volver a recuperar la conexión entre sexualidad y afectividad. A mi entender no es beneficioso organizar talleres subvencionados sobre teoría queer a niños de 8 años como se está haciendo” (Ps3)

Desde esta perspectiva profesional, más que definirse como feminista, prefieren hablar de perspectiva de género. Hablar de perspectiva de género parece inmediatamente significar hablar de mujeres y más que la crítica a la heteronormatividad, se observa la reivindicación de otros discursos que se enfocan prioritariamente hacia ese sujeto mujeres y sus malestares provenientes de un sistema de desigualdad precisamente al interior de lógicas heterosexuales, relacionados con una sobrecarga de funciones:

“una generación de mujeres, que se ha incorporado masivamente al mundo profesional, al mundo laboral, ahora me estoy refiriendo al contexto más occidental ¿no? Podemos decir, pero, sin dejar de asumir las tareas digamos, domésticas, la intendencia de la casa, de la familia y claro, llevan una sobrecarga tremenda” (Ps3)

De esta manera, se presentan cuerpos exigidos y sobrexigidos en un intento constante de responder a las demandas incorporadas desde el entorno, la cultura, la familia, la propia persona, la historia. Respecto de eso se presentan con mayor frecuencia en mujeres:

“Cuadros a nivel de somatización en el cuerpo, cansancio, fatigas crónicas, dolores, que antes se empezaban a ver en mujeres de cincuenta, cincuenta y pico de años para arriba y ahora los están viendo en mujeres de cuarenta y cuarenta y pocos. Normalmente son mujeres que viven en pareja, con hijos, y que llevan una sobrecarga a ese nivel” (Ps3)

Esta entrevistada subraya que la perspectiva de género debe desarmar constructos sobre las mujeres que impiden comprender ciertos malestares, así como la singularidad de cada una en el contexto de terapia. El énfasis estaría en dismantelar mandatos que aún recaen sobre las mujeres fuertemente como su lugar en el matrimonio o en la maternidad

“El lugar que, a lo largo de los siglos, se le dio a la mujer en el matrimonio como persona dependiente, por ejemplo y que nos conduce a que se puedan deconstruir ciertos clichés que han circulado de forma muy frecuente, por ejemplo, en el ámbito psicoanalítico, que, por el hecho de ser mujer, toda mujer tiene que desear ser madre, cuando esto no es así. Porque no todas las mujeres sienten el deseo de ser madres, algunas sí, otras no ya que la maternidad aun siendo enormemente importante, no define de forma absoluta la identidad de una mujer” (Ps3)

Dentro del tema de la maternidad, es muy interesante la profundización que realiza esta misma entrevistada respecto a la falta de valor que se le otorga a nivel social:

“Otra vertiente sería, la de deconstruir ciertos clichés como la madre asociada solo a la crianza y el padre a la educación-autoridad, me refiero, pues valorizar la autoridad materna, porque la autoridad materna existe y ha estado muy desvalorizada en relación a la autoridad paterna. En temas, por ejemplo, educativos y a la mujer-madre se la ha relegado para lo que sería más tareas más de crianza. También en el plano emocional, de conexión con los hijos, que todo esto está bien, pero desvalorizando lo que sería la dimensión simbólica de la maternidad.” (Ps3)

Otro aspecto característico relacionado con las opresiones hacia las mujeres, es el de la violencia, las relaciones de poder desiguales al interior de la pareja heterosexual y sus abordajes:

“Situaciones que se están dando en la actualidad en que se derivan mujeres por sus parejas masculinas a terapia de parejas o a mediación, cuando si hay maltratos, esto está contraindicado. Está contraindicado porque hay un desequilibrio de poder en la relación de pareja, entonces, es totalmente inadecuado y se sigue haciendo” (Ps3)

En esta misma línea, un psicoterapeuta nos menciona desde dónde se pueden ver exigidos los cuerpos de los hombres como un mandato que no escapa de lo patriarcal unido a

mandatos del capitalismo y del sistema neoliberal, incorporados al modelo hegemónico de masculinidad y por lo tanto es materia de una perspectiva feminista o de género: “en términos de productividad (...) nuestro cuerpo no puede ser disfuncional porque si no significa que no está produciendo” (Ps7).

Además de la productividad agrega como una dificultad inherente de la masculinidad hegemónica, el contacto y la expresión de las emociones, y cómo un cambio en ese aspecto provocaría un cambio fundamental: “si todo el mundo dijese vamos a trabajar exclusivamente esto, el mundo cambiaría radicalísimamente. Si los hombres fuésemos más capaces de expresar, de poder decir qué es lo que sentimos y tuviésemos una relación distinta con el cuerpo” (Ps7).

La psicología hegemónica ha dictado históricamente lo que se considera como normal en términos de género, sexualidad y socialización esperada respecto de lo femenino y lo masculino. La psicoterapia feminista cuestiona esa normatividad con matices dentro de sus críticas. Por una parte, están las psicoterapeutas feministas que cuestionan firmemente esa heteronormatividad, más allá de dualismos femenino/masculino, hombre/mujer, donde emerge una amplitud de significado frente las problemáticas de la subjetividad implicadas para el feminismo en contexto terapéutico, partiendo desde ese cuestionamiento heteronormativo, pero no solamente, temas tales como, diversidad sexual, diversidad de género, racialización, colonización, como parte de un todo. Surge una crítica fuerte al feminismo de la igualdad por ser, al menos, excluyentes de estas Otras realidades.

Por otra parte, perspectivas más cercanas a una perspectiva de género basada en el feminismo de la igualdad, centrarán su trabajo en dismantelar mandatos hacia las mujeres, específicamente, como sujeto político, como por ejemplo respecto al matrimonio, los hijos, la sobrecarga laboral y la valoración cultural que se le otorga a ciertos roles femeninos como la autoridad materna.

Finalmente, desde una mirada masculina, los hombres también han sido socializados dentro del patriarcado con mandatos y premisas que les traen malestar y sufrimiento

VII.1.e. Crítica de los activismos a la patologización individual, profesionalización e institucionalización

Parte de la crítica de los activismos locos hacia el sistema de Salud Mental como lugar de violencia y sometimiento, es hacia los profesionales que ejercen su poder desde un saber experto que define el marco epistemológico de lo patológico y cuya principal estrategia es la medicalización: “yo creo que se deconstruye la idea de la salud mental como algo

necesariamente medicalizado o profesionalizado (...) la deconstrucción del bienestar vendría como consecuencia de la reapropiación, la reconstrucción de lo que es el malestar y la locura” (Ac2).

Específicamente el sistema psiquiátrico es percibido como una forma de control y represión sobre los cuerpos, la sexualidad y la moral. De esta manera el activismo loco emerge como un espacio de reparación como un conocimiento en primera persona, que además emerge en colectivo frente a las heridas provocadas en las personas por la psiquiatría.

“Soy una persona sobreviviente de la psiquiatría, soy artista, soy loca y orgullosa por serlo y creo que el sentido más importante del activismo en un comienzo tuvo que ver con una autorreparación y después fue tomando vuelo por el sentido social; de considerar que lo que me pasó a mí, no es algo que esté alejado de lo que pasa en el sistema de salud mental.” (Ac4.)

La psicología académica, científica o hegemónica es percibida como parte de este sistema de reproducción de violencia institucional, en tanto anula, invisibiliza o desconoce los discursos críticos en salud mental, por lo tanto, está muy lejos de incorporar discursos provenientes de los activismos en primera persona. Este entrevistado, que participa tanto del mundo activista loco, como de espacios psicoterapéuticos realiza una crítica al respecto:

“En ese sentido, veo una total falta de espacios, lugares y posibilidades de elaborar discursos críticos e integrarlos (...) (los terapeutas) reaccionan como si les estuvieras dando un discurso que viene de otro planeta, como si este discurso fuera aplicable en Marte, pero no aquí en la Tierra donde hay una regla totalmente diferente.” (Ps7.)

El mismo entrevistado recalca la responsabilidad política por parte de profesionales para generar espacios de escucha real hacia los discursos del activismo en primera persona para lograr una deconstrucción de discursos totalizadores y opresivos dentro del sistema de salud mental, dismantelar premisas inamovibles sobre la manera de hacer las cosas como si fuera la única posible: “Si los profesionales de la psicología y las profesionales de la psicología no recogemos, integramos y reflexionamos sobre los discursos activistas en primera persona, no se va a deconstruir nada en absoluto.” (Ps7)

En esta misma línea, surgen otros relatos en los que se aprecia una postura frente a los activismos como un lugar al que hay que escuchar para revisar las formas y puntos de vista desde donde se están haciendo las cosas:

“Creo que es el activismo loco es el que a mí me está empezando a hacer más resonancia y a realmente decirme bueno, ostras, ahí hay algo que mirar ¿no? Tanto de cómo lo hacemos hacia afuera, como de cómo lo estamos haciendo con nosotros mismos” (Fp)

Desde la mirada de esta psicoterapeuta las posturas radicales del activismo feminista loco son necesarias, en tanto cuestionadoras y movilizadoras de preguntas, valora los horizontes que muestran, respeta desde dónde plantean:

“Yo creo que las ideologías como ultra, tienen un lugar súper importante en la sociedad y son lo que se constituye como espacio de resistencia. Entonces gracias a ellas, nosotros podemos pensar otros lugares, porque si no, no. Porque son los que van en el choque, los que van abriendo puertas, los que van cuestionando” (Ps5)

Al mismo tiempo, activistas del movimiento feminista loco en Chile critican al movimiento feminista por no acoger una perspectiva abolicionista del sistema de salud mental. Muchas personas activistas del movimiento feminista son personas que han sido psiquiatrizadas o que llevan tratamientos farmacológicos, lo que genera desencuentros donde hasta el momento, pareciera no haber un diálogo posible:

“Entonces, el nivel de crítica que nosotros hacemos, que es básicamente abolir el sistema de salud mental, con respecto a otras mujeres que se sienten bien en sus diagnósticos y en sus procesos de psiquiatrización, es súper difícil unirlos todavía, si no hay como una comprensión o un acuerdo, digamos, que el sistema de salud mental actualmente es dañino. Mientras no se dé eso, es muy difícil que haya una conexión real con el movimiento feminista. Y yo creo que claramente nos van a seguir invisibilizando, porque no piensan de la misma manera que nosotras. Y claro, está bien, si yo creo que no todas vamos a tener que pensar igual, pero como es un tema tan subjetivo, es súper difícil digamos, llegar a ellas” (Ac1)

Respecto a la postura abolicionista, esta psicoterapeuta chilena menciona: “Ahora, sí creo efectivamente y entiendo muy bien la perspectiva abolicionista... creo que esa salud mental es normalizadora.” (Ps5.). Con esto se posiciona en un lugar distante, ajeno, no perteneciente a ese sistema de Salud Mental más hegemónico y al mismo tiempo, le otorga valor a la postura que desde el activismo loco se levanta como abolicionista, lo que permite posicionar su psicoterapia feminista fuera del sistema de salud mental normalizador y también fuera de una perspectiva más abolicionista. Al mismo tiempo, agrega que es necesario distinguir entre lo que es locura, es decir, un trastorno más grave o agudo con una expresión mayor, que malestares más generales entre las mujeres o personas que acuden a terapia. Esto permite ver matices necesarios que pueden flexibilizar posicionamientos más extremos como el abolicionismo del Sistema de Salud Mental y buscar puntos en común, precisamente con la psicoterapia feminista:

“Es que en el psicoanálisis o en las terapias psicoanalíticas, uno no sólo trata locura. Uno trata neurosis, uno trata sus padeceres, entonces para mí, trabajar con el padecer, no implica necesariamente la locura. A pesar de que sí, uno pasa por ahí, no es un espacio en ese sentido que deba no existir, es un espacio que debería abrirse y que debería sacarlo del estigma de la locura” (Ps5)

Y precisamente se observa una relación problemática entre el feminismo con el activismo loco, además de la crítica que ya existe hacia lo patriarcal de la misma psiquiatría, ya que se denuncia por parte de las mismas activistas que los espacios locos reproducen esos ejercicios de poder en sus prácticas:

“Hay mucho patriarcado en el activismo loco, mucho. Bueno de hecho un poco por ahí, el activismo feminista se posiciona como tal ¿no? Tanto frente a la psiquiatría como brazo del patriarcado, pero también al patriarcado que sigue reproduciéndose al interior del propio activismo loco.” (Ac2)

Una de las formas en que se manifiesta este sesgo, es en los liderazgos de un activismo que se ha institucionalizado: “da la casualidad, que son muchos, o sea están representados en su mayoría por hombres, por varones cis locos, psiquiatrizados y todo, pero por varones cis (...) se han colado fachas también, psiquiatrizados (...), pero que son neonazi” (Ac2).

Al transformarse en activismo institucionalizado, pareciera ser que automáticamente los movimientos sociales o activismos adquieren sesgos de patriarcalización en sus organizaciones, es por esto que el feminismo en el lugar donde esté, plantea esta ética, este cuestionamiento sobre cómo repensar la institución:

“O sea, a eso me refiero con el activismo institucionalizado, que no deja de reproducir un poco de eso y bueno, a mi modo personal de ver, el feminismo loco también tiene que venir a replantear esas formas de relación ¿no? Y de estar... y no es que dentro del feminismo loco se nos vaya de vez en cuando... o sea que nos pasan cosas también porque venimos de dónde venimos, nadie está exenta de reproducir patriarcado y todo lo que traemos ¿no? Pero sí el hecho de plantearse las formas de relacionarse y de convivir en general, no sé” (Ac2)

Parte de las críticas del activismo feminista loco hacia la psicoterapia es que forma parte del Sistema de Salud Mental que está medicalizado, profesionalizado y existe una falta de escucha real frente a las demandas del activismo loco. El activismo en primera persona reclama una reapropiación de lo que es el malestar y la locura; surge como un espacio de reparación frente a las violencias sufridas por el sistema psiquiátrico y tienden a asociar lo psicoterapéutico a ese sistema de salud mental que les ha dañado. Activistas feministas del movimiento loco reclaman al feminismo el no tomar parte y posicionarse frente a las opresiones sufridas por las mujeres locas de parte del sistema de salud mental.

Por su parte, profesionales feministas de la psicoterapia valoran y observan con interés las posturas del activismo loco, en la medida que se presentan como una alternativa de cura, que surge desde lo colectivo y cuestiona la institucionalización del malestar. Reconocen que hay más por escuchar y observar en los activismos y también matizan en que no todo el trabajo en los espacios terapéuticos tiene que ver con la locura, es decir, con trastornos agudos, más bien existe una gama de malestares y padeceres con los que se trabajaría en espacios terapéuticos.

Finalmente, los espacios activistas no están exentos de lógicas patriarcales, dominados por hombres, blancos y cis, desde ahí surge la necesidad desde las feministas que pertenecen a estos círculos de conformar grupos no mixtos para trabajar.

VII.2. Cuerpos e interseccionalidad: La dificultad de la práctica

En la búsqueda por la corporalidad y lo que pone en juego dentro de la subjetividad, ya sea en feminismos psicoterapéuticos o activismos feministas locos, nos preguntamos por el concepto de interseccionalidad y cómo este podría operar como un umbral de entrada a situarnos desde los cuerpos. Al consultar sobre interseccionalidad, en cada ámbito de acción que ocupaban las personas entrevistadas, se abría una posibilidad y una imposibilidad.

La posibilidad, tenía que ver con que aparecía un despliegue tipo rizoma de ramificaciones de complejidad para abordar el tema de los cuerpos en los feminismos y en la subjetividad. Se evidenciaba que las capas de comprensión se ampliaban, se diversificaban, pero al mismo tiempo se volvían más difíciles de asir.

La imposibilidad, precisamente era esa: La interseccionalidad abre la mirada y evidencia que ponerla en práctica es un horizonte que mientras más caminamos hacia él, más se aleja: “Nunca es sólo patriarcado, siempre es también un tema o de clase o de racialización, o sea nunca va a venir sólo el patriarcado a plantarse.” (Ac2).

La interseccionalidad como una categoría de análisis que busca ser concreta y visible, tanto en espacios terapéuticos, como activistas, nos sitúa en lugares de opresión y privilegios y cómo estos recrean y reproducen espacios y relaciones de poder e invisibilización. Sin embargo, muchas de las personas entrevistadas coinciden en que queda en un plano conceptual o analítico y que cuesta operacionalizar.

“Normalmente cuando decimos interseccionalidad, lo que estamos diciendo es oye, que yo soy consciente de que somos seres que nuestra experiencia está conformada de formas muy complejas, donde ni todo es género, ni todo es raza, ni todo es tal, ni todo

es cual, todo eso está interactuando a la vez. Y eso provoca verdaderos cócteles en el sentido de experiencias muy complejas de discriminación, que el feminismo solo no está sabiendo nombrar, que probablemente el movimiento antirracista solo, tampoco; que hemos necesitado de gente que esté en lugares más híbridos. Entonces, desde ahí es donde yo lo uso, no lo uso desde otro lugar ¿Quiere decir eso que sabemos bajarlo a tierra? No” (Fp)

Aparece una necesidad general en varias entrevistas desde la dificultad de que el concepto de interseccionalidad opere y por lo tanto pueda ser transformador de los espacios:

“creo que muchas veces se tiende a dejar en una cuestión meramente analítica (...) me da la sensación de que a veces nos quedamos ahí y no conseguimos avanzar, que no conseguimos operativizar(...) y creo que la interseccionalidad tiene esa potencialidad, pero al mismo tiempo cae un poco en ese vacío, igual que otras formas de ver las relaciones de poder y demás” (Ps7)

Se cuestiona también la posibilidad de transformación social, en tanto se la asocia a lo académico y como concepto va perdiendo resonancia, efectividad, no logra remover distintas capas de prácticas sociales y se le asocia a un gran etcétera discursivo:

“También es cierto que interseccionalidad es una palabra rebuscada, que viene de la academia... bueno que viene de los movimientos sociales en cruce con la academia, pero bueno, que se ha academizado y al mismo tiempo que se ha academizado, se ha complejizado y se ha metido como si dijeras “cebolla” en cualquier lado ¿no? Como que ya no significa mucho y quien... no entiende, pero lo pone ¿no? Lo dice” (Ac2)

Incluso algunas terapeutas van más allá, decantándose del concepto por estar perdiendo su sentido original: “El manoseo siempre vuelve las palabras y los acervos precisamente, desde la psicología, cuán normativo se puede volver, entonces pierde la fuerza que en un principio tiene en cuanto a transformación” (Ps1)

En los activismos locos en España también aparece el fenómeno de que la interseccionalidad se nombra, pero no ocurre: “Es un activismo muy blanco. Casi no hay compañeras racializadas, ni migrantes que se sientan o nos sintamos convocadas con esta forma de hacer activismo loco. Y cuando las habemos muchas veces nos instrumentalizan, para decir que hay interseccionalidad” (Ac2).

Aún más complejo se vuelve la aproximación hacia la interseccionalidad, cuando se la asocia directamente a los cuerpos. Preguntarse por la presencia o el rol de los cuerpos en determinados campos no es tan simple como parece, puesto que inmediatamente se antepone el dualismo mente/cuerpo, propio de la modernidad colonial y todas las jerarquías de valor y poder que trae. ¿Cómo emerge y dialoga el cuerpo desde su propia ausencia en el plano de la subjetividad y la intersubjetividad? ¿Por qué un concepto tan relevante como la

interseccionalidad no aterriza en los cuerpos, no se incorpora más allá de algo analítico? “Cuando digo cuerpo, quiero decir yo, pero no lo puedo nombrar al mismo tiempo” (Ps4).

Duda, distancia, imposibilidad de nombrar e integrar en los relatos propios de la psicoterapia y los activismos, como si cuando hablamos de cuerpo hablamos de ciertas disciplinas específicas, como la danza o la kinesiología o la medicina, pero parece ajeno o extraño en otras.

“Es que primero me gustaría que me explicaras esto de los cuerpos, porque yo lo escucho a mucha gente, pero cuando se habla de los cuerpos... en qué centráis la atención ¿en el sujeto o por qué decís esto de los cuerpos? Para yo poder contestarte a la pregunta.” (Ac3)

La interseccionalidad puede ser un umbral de entrada para encarnar los discursos relativos al cuerpo, la diversidad y la subjetividad sin caer en la homogenización de los cuerpos y los sujetos. Sin embargo, mientras sugiere aproximaciones comprensivas, por una parte, por otra, ya parece haberse agotado y no alcanza a ocurrir en la práctica. De todas maneras, en los siguientes apartados se trata de una insistencia en esta pregunta, de una porfía: Cómo podríamos acercarnos y tocar la interseccionalidad con los cuerpos, derribando o sorteando algunas temáticas claves para este concepto.

VII.2.a. Dualismos y binarismos entre cuerpo y subjetividad

Al clarificar el dualismo entre lo mental y lo corporal, lo escindido de nuestra comprensión occidental y colonizada de la subjetividad y corporalidad humanas, emerge el cuerpo como una resistencia a lo binario, es decir, como una rebeldía a su ocultamiento, a su castración de todas las posibilidades de aparecer. Es como si fuera al otro extremo, en la negación del mismo, comienza a aparecer: “Lo binario es un pensamiento que casi uno podría decir, opresivo. Porque apaga la creatividad, apaga la imaginación, apaga el soñar, apaga lo imposible, lo utópico entonces yo diría que todavía afecta mucho en la forma de existencia humana” (Ps6).

Nos encontramos con la escisión de la mente y el cuerpo, de la razón y la materialidad, una relación dicotómica y en la medida que comenzamos a problematizar esta relación emergen matices:

“El poder dar esta entrevista para mí era importante porque cobra un sentido de autorreparación. El poder dialogar del cuerpo y la mente, junto con el reconocer qué nos merecemos como seres humanos, el derecho a la información de lo que pueden ser los daños o cualquier consecuencia que haya a nivel físico producto del tratamiento que se nos administra.” (Ac4)

Muchas vivencias vinculadas a la locura resuenan en experiencias corporales y se muestran presentes en los relatos de las mujeres del feminismo loco, donde claramente radican las expresiones “sintomáticas”, las sensaciones de bienestar y/o relacionado con las prácticas personales o colectivas. Se reconoce el cuerpo como una materialidad que ha estado ahí, como un terreno donde ocurren las cosas, pero que había estado invisible:

“En todas las faltas de salud física hay una importante carga emocional y mental. Luego, cómo el cuerpo lleva la salud mental es... yo reflexionando ahora porque nunca me lo había puesto así, pero yo creo que es reflejo, el cuerpo sería reflejo de un malestar, si te sientes mal no tratas bien a tu cuerpo, no comes bien, no duermes bien, no te cuidas, fumas, bebes café, comes mucho... a mí esto me pasa. Y, por otro lado, si estás sano, si estás estable, pues tiendes a cuidarte. A comer bien, a hacer un poco de deporte, entonces, cuánto tienes de autocuidado y muchas veces nos falta eso al colectivo. Que yo conozca gente alrededor pues cuando estás deprimido te aíslas, no te apetece hacer nada y no te apetece participar en los cuidados.” (Ac3)

Desde el activismo loco reconocen que es en el cuerpo donde recaen las violencias más evidentes del sistema psiquiátrico, sus mecanismos represivos de control mecánico, químico y reclusivo.

“aunque en discursos en muchos de lo que se hable es la mente, porque eso es lo que ha instalado la medicina occidental ¿no? Aunque es así, en realidad siempre ha sido cuerpo y está en el centro de la reivindicación. Porque hay contenciones mecánicas, hay contenciones químicas, hay ingresos involuntarios, hay encierros en las casas de las propias personas... o sea... se le dice mente, pero siempre ha sido el cuerpo el torturado.” (Ac2)

De la misma manera, psicoterapeutas (mayormente Gestalt) señalan la presencia del cuerpo como parte constitutiva en los procesos terapéuticos, que parece ser una postura más allá de reconocer síntomas, sino que apunta a una inclusión constante en el lenguaje, de un correlato corporal.

“Realmente el malestar se vive en el cuerpo. La ansiedad, la depresión se vive en el cuerpo, tal como he dicho, cuerpo y psique. Entonces, digamos que nuestras heridas están en el cuerpo, puede ser una presión que no podemos respirar en el pecho, un nudo en la garganta, en el estómago, tensión en esta parte (señala hombros y cuello), todo se manifiesta en el cuerpo” (Ps2).

Las dimensiones de lo corporal comienzan a desplegarse, introduciendo aspectos como el cuerpo social, el cuerpo emocional, cómo nombramos lo que nos implica el cuerpo, que está permanentemente en relación con el mundo:

“Bueno, es que creo que somos cuerpo y todo lo que nos pasa, nos pasa en el cuerpo. Entonces, el inconsciente, la psique, tiene una traducción en lo corporal Y nuestra relación con lo de fuera, este dentro-fuera..., en Gestalt decimos que no hay un adentro y un afuera... que somos contacto. Y desde el feminismo yo creo que el planteamiento

es el mismo, no nos podemos nombrar sin la relación que tenemos con lo que permanentemente nos rodea, con lo cual en el cuerpo se está produciendo todo el rato esto, esta relación. Y se va modificando, nos vamos modificando en función a eso” (Ps4)

Se mencionan las huellas de los binarismos, en este caso lo dicotómico de estar o en la mente o el cuerpo, como si la subjetividad y la intersubjetividad no estuviera en los cuerpos. Estos binarismos han estado y están presentes, sin llegar a estar tematizados, sin embargo, han organizado la realidad en la que habitamos: “Creo que el binarismo(...) es una restricción de los imaginarios, es un recorte. Es un recorte drástico, drástico, drástico y una organización social muy parca de la realidad. Una manera de organizar lo que pasa de forma muy precaria y muy parca” (Fp).

La frontera del cuerpo se desdibuja, los límites de la corporalidad se tornan más difusos, la pregunta sobre en qué consiste y hasta dónde llega el cuerpo abre nuevas zonas de reflexión y acción como una especie de continuo que se extiende:

“Creo que tenemos límites corporales y que la corporalidad y la dimensión biológica de esto que llamamos la corporalidad está, y pone sus límites, y en esos límites lo que jugamos, lo jugamos desde otros lugares. Lo jugamos desde lo que aprendemos, lo jugamos desde... sentimos el cuerpo como nos sentimos, en los entornos nuestros, muchas veces” (Fp)

De esta manera los cuerpos comienzan a aparecer como respuesta a su supresión y poco a poco comienzan a tomar más presencia, como territorios que van más allá que la mera materialidad, como un escenario donde acontecen y se representan nuestras vidas, como procesos de interacción con los demás y con el mundo, como un dinamismo constante de entendimiento y significación, con identidades no fijas, ni cerradas.

VII.2.b. Cuerpos y sexualidad

Todos los cuerpos tienen una herencia patriarcal/colonial, desde el lugar de privilegio/opresión en el que estén, a todos los atraviesa el patriarcado. ¿Cuáles son los anclajes patriarcales en el cuerpo? Cuerpos que han cargado mucho en la vida, que han cargado mucho en lo doméstico y en lo social, mujeres especializadas en ser mujeres como señala una entrevistada o el sentimiento de que nuestros cuerpos son incoherentes respecto al modelo de inteligibilidad heterosexual como propone Judith Butler, citada por la misma entrevistada: “Desde ahí, está claro que a algunas personas nos afecta especialmente esta dificultad para

hacer algo coherente, para responder con respecto a una supuesta coherencia que está inserta en el sistema y no en la lógica de los cuerpos...”(Ps4).

La pregunta por el cuerpo desde una mirada feminista, implica una pregunta sobre la sexualidad como una arteria de la subjetividad. La coherencia entre sexo, género, orientación sexual y deseo en un orden heterosexual y dualista respecto a los cuerpos sexuados, arrastra una historia del sufrimiento para los cuerpos:

“Sí, la sexualidad yo diría que es un temón⁵ en el cuerpo. O sea, cómo el cuerpo vive la sexualidad, el desconocimiento de la sexualidad (...) para mí la sexualidad es como casi la subjetividad, de alguna manera. Entonces cuando una le puede ir haciendo bajada, qué significa el cuerpo, qué significa el sexo, qué significa el erotismo, qué significa el deseo, por ahí van las conversaciones.” (Ps6)

Más que una crítica hacia la heterosexualidad como una orientación sexual, es necesario reconocer en ella un ordenamiento de poder, simbólico, político, cultural, según cuyos lineamientos, los cuerpos van recibiendo, obedeciendo o rebelándose a lo largo de su desarrollo:

“Entonces, yo veo que hay una cosa muy obediente(...)del régimen heterosexual, que no es sólo digamos que te gusten los hombres, evidentemente es un régimen psíquico simbólico, que hace que las personas, las mujeres, sobre todo, vivan vidas muy ajenas a lo que... su sexualidad, entendiendo todos estos aspectos, conoce” (Ps6).

La sexualidad en las mujeres, dentro de esta lógica heterosexual, es observada por esta entrevistada como algo lineal, monotonal y poco explorado en sus posibilidades.

“Por eso yo creo que hay un desconocimiento, porque es verdad, la sexualidad para nosotras ha sido como, bueno muy genital, muy fálica, muy de los roles, entonces bueno, imagínate la virgen María es un arquetipo de lo que significa ser mujer en el judeo cristianismo y entonces han desaparecido las diosas, han desaparecido las diferentes posibilidades de ser mujer” (Ps6)

La configuración hegemónica de la heterosexualidad, fundamentada hasta hace poco por los manuales de psiquiatría como lo sano o lo normal, ha inundado los imaginarios eróticos y ha causado daños en la sexualidad y subjetividad de las personas que no se perciben dentro de la norma de la heterosexualidad (y de las heterosexuales también), aparece así el concepto de justicia erótica:

⁵ Modismo chileno que se refiere a un tema importante, relevante.

“Bueno, ese es el reto siempre que nos salimos... de buscar sean las eróticas o sea cualquier otra cosa, pues los caminos que ya están establecidos ¿no? (...) Lo que necesitamos son nuevas herramientas para jugarla (la erótica), lo que necesitamos es poner en valor nuestros cuerpos desde como son (...) el tema de lo que le llaman la justicia erótica (...) cómo podemos buscar con nuestros cuerpos maneras de estar en lo erótico, que cuando la feminidad tradicional y las masculinidades tradicionales probablemente también, pero las personas que hemos sido leídas como mujeres, la feminidad tradicional a veces nos ha hecho sentir dañadas” (Fp).

En el terreno de la sexualidad, de los cuerpos sexuados y el campo de lo erótico, es imposible no sólo entrar a revisar los mandatos del sistema heteropatriarcal, sino la revisión sobre la relación entre biología y cultura, dado que implica relaciones de poder:

“El feminismo ha hecho un trabajo de desbiologización tremendo ¿no? A partir de la segunda ola, por lo menos en el ámbito occidental(...) porque justamente lo que hemos visto es que cuando se nos lleva a la biología, se nos lleva a la biología para anclarnos en determinados alternados lugares de poder o de falta de poder. Y claro, quienes ahora están en el poder dentro del feminismo, la biología les ha empezado a venir bien. Pero a mí me pasa que hay una confusión que siempre tenemos entre la realidad y el lenguaje ¿no? Tiene que ver también mucho con esto... define como quieras la categoría sexo, defínela como te dé la gana, pero siempre va a ser una definición y eso es así. La naturaleza nunca es lo que decimos que es la naturaleza; la naturaleza para hablar de ella hay que organizarla culturalmente. Y esto es lo que no nos queremos hacer cargo o de lo que se hacen cargo los grupos oprimidos normalmente. Y entonces el feminismo, como tenemos estas jerarquías, hay quien determinadas versiones de la biología le van bien” (Fp).

En la misma línea, pero con énfasis en la crítica a discursos del feminismo del norte global más hegemónico como forma insuficiente para abordar el tema de la sexualidad de forma más compleja, esta entrevistada comenta:

“el problema con la letra esta LGTBIQ etcétera y plus y todo lo demás; que esa palabra en sí misma es blanqueadora, de las historias de la sexualidad, entonces como que no permite ver una serie de otras cosas que operan dentro de la dinámica sexo afectiva y de la configuración del afecto y del deseo ¿verdad?” (Ps1).

Otra entrevistada chilena introduce la perspectiva negadora y violenta del binarismo en el ámbito de la sexualidad, puesto que castra, borra y descarta todo lo demás. Cuando niega la sexualidad de otra persona como válida, estás negando toda su existencia:

“El binarismo en términos de la sexualidad es gravísimo... yo no digo que el binarismo no exista, el binarismo existe, está bien, el problema es todo lo que hay entremedio y lo que está fuera de eso. El problema es que no podamos leer eso desde ahí y no podamos entender entonces la sexualidad como un terreno. Y los terrenos tienen particularidades, tienen clase social ¿sí? Tienen una historia distinta, tienen una política distinta... entonces cuando uno niega desde ese binarismo y más... heteronormado, no sólo niega -que ya es gravísimo- la sexualidad o la expresión de género de ese otro ¿no? También niega todo eso otro.” (Ps5)

La integración de las vivencias corporales sexuales en el sufrimiento psíquico y como parte constituyente de la subjetividad enriquecen la comprensión de la historia personal, como en el caso de esta entrevistada (participante de los activismos locos y sobreviviente de psiquiatrización) que tras participar de una psicoterapia feminista y sentirse en un espacio seguro, pudo compartir su historia de abusos sexuales en la infancia y relacionarlos con el diagnóstico psiquiátrico recibido hace 20 años. Con todo ese tiempo de tratamiento con psicólogos y psiquiatras nunca había visto: “Es que no me lo había ni planteado, que a mí me pudiera venir el trastorno mental de los abusos en mi infancia. No me lo había ni planteado, pensaba que era una deficiencia mía” (Ac3).

En el terreno sexual es precisamente donde más operan las violencias hacia las mujeres, y más fuertemente aún, sobre las mujeres que han sido vulneradas en contextos psiquiátricos. La interpretación y reflexión sobre cómo operan estas violencias a nivel corporal y sexual, ayuda a comprender que los sufrimientos psíquicos de estas mujeres no son necesariamente debidos a la condición de o locura, no pueden entenderse sólo desde un plan psicopatológico. En los relatos siguientes se observa un daño en la vida sexual de la persona provocado y aumentado por la interpretación psiquiátrica de los hechos (y la negación de la interpretación de la paciente):

“Cuando me ataron a la cama en mi primer ingreso, no he vuelto a acostarme con nadie y eso hace... pues fueron navidades del 2018. No puedo acostarme con nadie. Yo creo que es porque me han atado y el psiquiatra me dice que no es por eso.” (Ac3)

“Yo cuando me puse en tratamiento con la psicóloga que te he dicho, que me puse un poco mal por todo lo que estaba tratando, fui al psiquiatra y le dije que tenía ansiedad. Yo como siempre, vamos así de simple fui a pedir pastillas, le dije que tenía ansiedad y que quería que me diera algo... y me dijo que lo que me pasaba no era por los abusos en la infancia, que eso no tenía nada que ver.” (Ac3)

Dentro de la realidad que comparten los activismos locos, particularmente en Valencia, también se han presentado experiencias en las que existe un rechazo muy fuerte a las disidencias sexuales, donde operan otras violencias en intersección con la del sistema de salud mental que comparten las participantes:

“La otra chica del grupo y empezó como a criticarla y tal y la mujer que había entrado nueva, la mujer trans se sintió muy atacada, se sintió muy dolida y no hacía más que tacharla de transfoba. Yo es que tampoco, nunca había conocido a personas trans y no conocía lo que era la transfobia” (Ac3)

La exposición a la violencia sexual, abuso y acosos es mayor y menor la posibilidad de enfrentarlo, puesto que, según las personas locas entrevistadas, existe un estigma sobre ellas y se duda más de sus testimonios:

“Y a la vez, las mujeres diagnosticadas de un trastorno mental grave(...)un 80% declaraba haber tenido violencia en la pareja y un 40% de violencia sexual. Es una pasada porque es 4 veces más que el resto de mujeres. ¿Por qué? Pues por la indefensión de las mujeres con discapacidad en general y por la dependencia económica que dicen también. O sea, es la indefensión porque no tienes autoestima, porque crees que no te van a creer, todo lo típico” (Ac3)

De esta vemos cómo la sexualidad heteronormativa exige de los cuerpos una coherencia que es difícil de alcanzar y que por lo demás, es legítima de cuestionar y criticar en tanto impone modelos dualistas y binarios que coartan y restringen las posibilidades de experimentar diversas sexualidades, incluso para personas heterosexuales. La subjetividad erótica se vuelve otro terreno ha descolonizar por los feminismos, así como también los cuerpos sexuados de las mujeres locas como espacios especialmente vulnerables de ser violentados, negados y explicados desde un saber experto abusivo en sus interpretaciones respecto, precisamente, a experiencias sexuales.

Por otra parte, también es importante señalar que los espacios antipsiquiatría o de activismo loco en primera persona, no están exentos de discriminación sexual o de cualquier otro tipo, como racial, según lo que han aportado las personas que participan en sus círculos.

VII.2.c. Condiciones económicas, edad, raza y locura: el cuerpo como obstáculo

En contraste a la noción más teórica de interseccionalidad y su dificultad de bajar a tierra, a medida que nos acercamos a otros planos de materialización de la vida y sobrevivencia, se evidencia como una realidad. Podemos ser testigos que la misma persona (Ac3) que pregunta por el cuerpo, como concepto, lo muestra aquí de forma directa en relación a sus condiciones de materialidad y cómo se superponen las diferentes opresiones que oprimen su realidad.

“Lo del tema social es súper importante, porque cuando tienes problemas sociales tipo de todo, vivienda, precariedad, poca participación social y política... cuando tienes todo ese tipo de cosas, sufres. Tienes sufrimiento, si tú ya venías de un sufrimiento anterior y te pasan este tipo de cosas, entonces sufres más; eso empeora la situación” (Ac3)

Si observamos otros factores que están en intersección con los cuerpos locos de mujeres o disidencias o personas racializadas, como las condiciones económicas, donde en un lugar

como Chile existe una desigualdad muy pronunciada en acceso a la salud, empeora drásticamente el panorama:

“Creo que el tema en nuestro territorio, el tema de vulnerar los derechos, siempre ha estado la clase popular como receptora de ese poder(...) yo vivo en la comuna de El Bosque, clase media baja y lo que siento acá es una tendencia a no poner en duda lo que te dicen(...) me atrevería a decir que, sí que apunta, acá en el territorio chileno, a esa vulneración de derechos” (Ac4)

Varias activistas locas comparten sus testimonios sobre la dificultad para encontrar y sostener un trabajo que les permita subsistir en autonomía y en condiciones dignas:

“A mí me pasó, (...) un día cualquiera vino la casera y me dio la carta para que me fuera de la casa, que no me iba a renovar. Claro a mí se me cayó el mundo al suelo porque no sabía dónde iba a ir, ni tenía dinero para la fianza de otro piso, pues sabemos que ahora los pisos te piden hasta 2 fianzas. Yo no sabía lo que iba a hacer, me dio un patatús, estuve una semana ingresada (...) Tuve que pedir un préstamo para las fianzas ¡que todavía estoy pagando! Y de ahí ya habrán pasado 3 años” (Ac3)

Si nos enfrentamos a estas realidades sólo desde un punto de vista psicologista asociado a un diagnóstico psiquiátrico, o empoderante sobre las potencialidades individuales, estamos ciegos frente a otros factores que claramente influyen en la salud mental, porque es evidente cómo en una mujer, que pertenece a un colectivo que comparte este tipo de experiencias, intersectan tantas opresiones distintas.

“El trabajo también lo he perdido(...) Yo llevaba trabajando 3 años y en 3 años he tenido dos bajas, una de 3 meses y otra de 6 y yo ya me dolía porque la baja había sido muy larga y en la anterior baja, ya me había dicho mi jefe que “es que tus bajas me cuestan mucho” (...) entonces ahora mismo estoy viviendo con 633 euros, claro imagínate en la situación en la que estoy, pago 480 euros de alquiler” (Ac3)

Es que la interseccionalidad nos explica por qué a las personas locas, que han sobrevivido a sus tratamientos psiquiátricos y que además atraviesan dificultades económicas, familiares, relacionales, les cuesta mucho más tener la fuerza para vivir:

“Parece que ese tipo de cosas también nos pasan más a menudo a nosotras, ¿por qué? Porque no hemos tenido una inserción en la sociedad o una inclusión en la sociedad adecuada. Hemos roto con nuestros estudios, hemos roto con nuestras familias. Romper me refiero cuando ha debutado el trastorno mental, han debutado nuestras crisis, se produce una rotura de muchas cosas, dejas de estudiar, dejas de tener amigos, dejas el entorno familiar. Entonces, cuando te pasa algo te quedas sola y te tienes que enfrentar a un montón de cosas y a veces no tienes la fuerza para hacerlo” (Ac3)

La edad, es otro ingrediente que se mezcla con las anteriores condiciones señaladas y en ocasiones determina las oportunidades a las que se pueda acceder.

“Pero otra cosa también, haciendo referencia a lo social, es que yo tengo ya casi 45 años, entonces, sabemos cómo está el desempleo en las personas mayores de 45 años y en las personas mayores en general. Hay una tasa de desempleo enorme, los empresarios y los empleados no quieren personas tan mayores. Entonces, pues nada a prender una velita.” (Ac3)

Desde este relato podemos observar cómo las condiciones labores, económicas y de acceso a oportunidades que permitan cierta autonomía, están en directa relación con un diagnóstico de trastorno mental o con alcanzar ciertos años de edad, se complica y se aleja el bienestar potencial que la persona pueda alcanzar, si sus condiciones corporales (entendiendo estas también como relacionales, sociales e intersubjetivas) no calzan con cierta funcionalidad que se exige como norma. El cruce entre locura o sufrimiento psíquico con un mayor riesgo de caer en vulnerabilidad social se hace evidente y concreto.

En la misma línea, el color de la piel o el origen racial de una persona la constituyen y también la determinan respecto a la posición en que es situada socialmente. La discriminación racial o xenofobia es fundamental a la hora de observar y analizar cómo se entretajan las diversas opresiones que van a determinar la experiencia de una persona loca (o de cualquier otra):

“Una persona blanca, en otro barrio, le va a llegar violencia institucional, también. Pero le va a llegar en una ambulancia, no le va a llegar en una porra ¿sabes? Y las dos son violencias ante locos y las dos son violencias cuerdistas también, aunque una se expresa a través del racismo, pero digamos que todo eso, yo creo que es parte de lo que tiene que estar presente en el activismo loco en general y el feminista en particular” (Ac2)

Una activista loca comenta que en el movimiento feminista loco en Chile existe una consciencia sobre la importancia de la interseccionalidad, que existe claridad que no es lo mismo ser loca que loco, cómo influye el racismo, la clase social y el acceso a una mejor salud:

“La realidad de la locura no es sólo una, sino que depende de tu contexto, cultural, tu contexto social, de clase también. Sí de clase, no es lo mismo una persona loca que tiene dinero, que una persona pobre. Y eso también se ve en la parte de la medicalización, al menos. Porque nos hemos dado cuenta de cómo, no sé, las personas que tienen un capital cultural mayor, se les hace mucho más fácil dejar los fármacos psiquiátricos que a las personas pobres, que no tienen los recursos ni el tiempo, para poder hacerlo.” (Ac1)

Se observa que redes de activismo feminista latinoamericano en primera persona está presente una relación distinta con el concepto de interseccionalidad. Parece ser que su bajada a tierra, su puesta en práctica se siente más presente y más posible:

“Y con las compas de Latinoamérica, la verdad es que la experiencia es bastante distinta en ese sentido, precisamente porque no... Siento que no se tiene que decir interseccionalidad para ya entender y hacer lo que se propone desde la interseccionalidad de manera más natural o... ¿sabes? Desde otro lugar, yo lo siento desde otro lugar... No sé si es porque aquí últimamente está como muy de moda la palabra o no sé.” (Ac2.)

Sin embargo, la presencia de cierta conciencia interseccional ya sea en Latinoamérica como en España, presenta siempre el desafío por contener las distintas realidades corporales y sus diferentes grados de opresión. Las categorías identitarias sobre las que se construyen discursos y activismos también contienen olvidos y puntos ciegos, que luego van haciendo complejo un operar real desde la interseccionalidad. La conciencia de una normalidad impuesta a escala blanca, capacitista, académica, formada y cuerdista, entre otras como la heteronorma, es el primer escalón, es la base de la verdadera (de)construcción.

VII.2.d. Cuerpo y colonización: Violencia epistémica y estructural sobre los cuerpos

La colonización sobre cuerpos y territorios ha sido, no sólo un asunto de dominación y sometimientos físico y territorial, mediante políticas de exterminio de poblaciones, culturas o de explotación de recursos naturales o económicos. También se ha tratado de una colonización de la subjetividad, de la forma de entender(se) y explicar(se) el mundo. Desde el género, pasando por la religión, por políticas económicas, por modelos estéticos, por formas de conocimiento, la colonización ha moldeado internamente y externamente los cuerpos y su interacción en los diversos territorios, entre otras formas, a través de lo que entendemos por normalidad. Un concepto que constriñe, homogeniza, niega y somete lo que está más allá de sus márgenes:

“En realidad yo creo que el campo de la salud mental, lo que hace precisamente es constreñir los conocimientos que tenemos, constreñir los significados, constreñir los saberes y prácticas que podemos tener al respecto; en ese sentido sí que es una colonización.” (Ps7)

La herida colonial que abordan los feminismos decoloniales y autores postcoloniales, abarca amplias zonas -si no todas- del ser humano, de los territorios y los cuerpos como

territorios colonizados. Como menciona esta psicoterapeuta, no sólo es desde la teoría desde donde podemos decolonizar:

“Más que teórico me pasa que justamente en mi quehacer terapéutico, hay algo importante de la decolonización del cuerpo, sin traerlo desde la teoría. Ahí siento, quizás acá se cruza un poco más con la cosa de la brujería, de lo espiritual, que justamente la mente con la cual yo trabajo, está muy colonizada. Tiene muchas creencias tendientes a este simbólico, incluso uno podría decir europeo, blanco, hetero... todo lo que desde el feminismo se critica, pero se cree mucho en ello” (Ps6)

Creencias, prácticas y lugares colonizados como destinos únicos posibles, ignorar el cuerpo, la intuición, las prácticas como ejemplos de la herencia colonial:

“Todavía se cree en la familia como un lugar de destino, en la maternidad... entonces yo ahí veo que hay mucha colonización todavía, no siempre lo transmito así en la terapia, y que no hay escucha al cuerpo, no hay escucha a la intuición” (Ps6.)

Como resistencia a la colonización, tanto en lo personal como en lo psicoterapéutico, esta profesional recalca la importancia del mestizaje, como un lugar a explorar en las prácticas:

“Eso ha sido importante a propósito de la colonización, encontrar un lugar: el mestizaje. Porque siempre ha sido como que no, que fuimos colonizados, occidentalizados, la religión católica y ¡no po! Yo me siento súper parte en una ceremonia, tengo un altar súper cruzado de muchas culturas y amuletos y me siento legítima de validar ese mestizaje también” (Ps6)

La colonización de los imaginarios a través de la imposición de un sistema sexo/género heterocentrado es una de las ficciones de la colonización que recae sobre los cuerpos de las mujeres y las comunidades colonizadas:

“Lo que se ve complementario en las culturas originarias, indígenas, no tiene nada que ver con los binarismos occidentales (...) esto creo que lo desarrolla muy bien la María Lugones, el género que viene con la colonización, instala esto.” (Ps6).

Surge la pregunta sobre el sentido de descolonizar cuerpos en los territorios blancos, territorios que han sido los colonizadores y que han construido una subjetividad desde ahí. Aparece la conciencia de poder definirse como “territorio blanco” en dependencia con lo colonizado, donde queda en evidencia la relación de poder y de privilegios de unos territorios, sustentados sobre la opresión y negación de otros. ¿Es legítima la pregunta por cómo la herida colonial o una colonización interna causante de sufrimiento a determinados cuerpos, fuera de la norma, de los propios territorios que han sido los colonizadores?:

“Los pueblos que han colonizado tienen una dependencia brutal, brutal de quienes han colonizado, incluso en la manera que tienen de auto percibirse. Lo que pasa es que son muy, también, muy ciegos ante esa dependencia que tienen, como que lo representan todo el rato como que son los otros los que tienen dependencia (...) Tendríamos que mirar probablemente cómo también tenemos un color de piel construido por oposición a... y ni siquiera hemos podido ver cómo hemos expulsado de nosotros todos los aspectos que tienen que ver con lo que hemos asociado con otras culturas ¿no? O con otros pueblos. Pero también respecto al género, el género es una colonización del cuerpo en sí misma. Es un sistema colonizador del cuerpo y de las prácticas corporales en todos los sentidos, incluso también de la manera de sentir. Descolonizar eso es un proceso” (Fp)

El proceso de construcción identitario de la blanquitud en relación a lo colonizado como una otredad, en diferencia, en oposición a los demás pueblos y a la vez las opresiones que se ejercen dentro de esa blanquitud, cuyo accionar puede entenderse desde la interseccionalidad. El binarismo de género, la locura como forma de control, el racismo o las políticas migratorias en los territorios blancos del norte global, ¿Pueden concebirse como una colonización interna, en tanto sometimiento sobre determinados cuerpos autóctonos?

VII.2.e. Cuerpo loco y deforme: El activismo loco en primera persona como resistencia

“el feminismo loco y el activismo loco tiene esa trinchera (...) nuestros cuerpos no están deformes, quizás, pero por dentro sí somos mutantes, sí somos deformes y aquí estamos y ya”. (Ac4)

En las vivencias y resistencias de los cuerpos de las personas sobrevivientes de la psiquiatría que podemos recoger arrastran historias de dolor y sometimiento, de las hospitalizaciones: “se le dice mente, pero siempre ha sido el cuerpo el torturado ¿no? Y eso está en el centro de la reivindicación política, todo el tiempo. En un sentido así, sería como la reapropiación también del cuerpo” (Ac2).

En las unidades de agudos, las mujeres son las que más sufren, al estar más susceptibles a experiencias de violencia o abuso; esta entrevistada también reporta no sentirse cuidada en aspectos íntimos relacionados con el cuerpo, lo que también refleja la problemática de cuándo los cuidados en entornos psiquiátricos son vivenciados como violencia:

“Mira, yo para empezar, mi gran preocupación cuando estaba en agudos (...) era que se me vieran las tetas, porque el pijama -se llama pijama- que te ponen en el hospital, donde se abrocha casi llega al pecho. Entonces, si te agachas se te ve todo y te ponen un esparadrapo, las enfermeras, te ponen un esparadrapo para que no se vean(...) No se preserva la intimidad ni nada y eso, bueno y aparte de compañeras que han sufrido acoso y han sufrido abusos. Porque claro, es un entorno que no es nada seguro, nada seguro” (Ac3)

Una forma de resistencia al patriarcado y al estigma, se menciona como el apropiarse y reivindicar la locura: “exponer la experiencia de la locura como un valor y aunque quizás el ejercicio parezca muy verbalmente acotado y solo una frase, pero hay personas que hasta le dicen “salir del clóset” (Ac4).

Al mismo tiempo y desde la apropiación de la locura como espacio de resistencia, la condición de ser mujer y loca se particulariza y se colectiviza, el feminismo loco se vuelve un espacio de crítica a las opresiones patriarcales.

“en el grupo de feminismo loco latino, creo que hay una comunión que se aproxima cuando vamos sacándonos las trancas de las expectativas de ser mujer, o sea, son cargas que una parece que las asume como parte del género, como parte de que así llegó a la vida y todo lo que nos obliga a ser bellas, a tener un tipo de comportamiento y qué es lo correcto” (Ac4).

El trabajo colectivo de mujeres sobrevivientes de la psiquiatría, entre otras cosas, les permite compartir el dolor y encontrarse con emociones como la rabia y conducir las acciones de resistencia:

“Yo creo que es resistencia de muchas cosas. Es una rebelión, viene de la rabia, viene de la autodefensa; y cuando la hacen mujeres viene contra la violencia patriarcal, claro. Porque las mujeres todas tenemos historias de violencia y las mujeres con trastorno mental tenemos más (...) nace por supuesto de la violencia y del trato, aparte de la violencia que se puede dar en la familia o en la pareja, la violencia de las instituciones, que también es muy patriarcal, porque los psiquiatras... o sea, yo a los psiquiatras que he ido... ¡yo flipo de las cosas que me han dicho y de cómo me han tratado! ¡Es alucinante!” (Ac3).

Las palabras emergen como vehículos portadores de la violencia desde posiciones de poder hacia las mujeres psiquiatrizadas y son fundamentales a la hora de resignificar la experiencia individual y colectiva; como un ejercicio de apropiación de las vivencias de esos cuerpos a través de las palabras.

“La cultura de la salud mental, no sólo, pero una gran parte de sus cimientos es el lenguaje y una gran parte de los materiales de construcción de la cultura de la salud mental son las palabras, y en ese sentido no es lo mismo utilizar las palabras creadas por los profesionales, que utilizar otras palabras diferentes, no.” (Ps7)

Los cuerpos de las personas psiquiatrizadas han recibido diagnósticos, tratamientos, psicofármacos por parte del Sistema de Salud Mental, cuyas formas muchas veces es mediada a través de las palabras, con las que el sistema biomédico nombra, describe y define lo que les ocurre a esos cuerpos. De la misma manera, en ocasiones, reciben internaciones, contenciones mecánicas, físicas y químicas cuyas experiencias son vivenciadas como sometimiento, como

violencias por parte de los profesionales del sistema de salud mental y cuyas explicaciones (cuando las hay) es mediante palabras que sustentan la cultura de salud mental de la que sienten sobrevivientes.

Estas palabras pueden maltratar, ocultar, negar, contradecir, traducir lo que está viviendo ese cuerpo, ejerciendo una injusticia epistémica sobre la realidad y comprensión de la persona sobre su propia vivencia. El activismo en primera persona puede nombrar, proponer, describir y significar hechos con propiedad y de forma alternativa a los manuales estadísticos. Puede proponer espacios sanadores y reparadores desde la apropiación y lecturas singulares sobre su propia historia.

VII.3. Aspectos teóricos y críticos de la psicoterapia feminista y el feminismo loco

VII.3.a. Normalidad y normatividad sobre los cuerpos

La palabra normalidad es una de las más complejas en esta investigación, dadas las diversas perspectivas desde donde la abordemos o nos aproximemos. A priori, suele ser una palabra que levanta sospechas y críticas, tanto desde los activismos feministas locos, como de la mayoría de las terapeutas, puesto que es un lugar de exigencia, y fuente de dolor: “Me hace sufrir la necesidad constante de normalidad, como estar todo el tiempo queriendo hacer las cosas bien... ¿sabes? El afán de perfección... todas esas cosas, eso es lo que a mí me hace mal” (Ac2).

¿Cuántas o cuáles son las dimensiones que abarca la normalidad sobre las experiencias encarnadas en las mujeres, si partimos de la base de que en la historia de la psiquiatría lo normal se acercaba a un ideal de hombre, blanco, heterosexual y de clase burguesa acomodada?: “la normalidad para mí no existe. No considero que haya nadie normal.” (Ac3)

Por parte de esta psicoterapeuta se cuestiona el concepto de normalidad en la medida que implica una anormalidad, como conceptos estáticos y fijos en las personas: “Cualquier cosa que nos lleve a la salud, la patología, lo capaz, lo incapaz, todas estas dicotomías, nos resultan híper-sospechosas. Y creo que la normalidad en la salud mental no existe” (Ps4).

Esta mirada más dinámica con la normalidad en términos psíquicos, desde una perspectiva feminista implica una permanente consciencia de que la normalidad o equilibrio psíquico siempre va a depender también de aspectos sociales o ambientales y, por lo tanto, no son características que puedan tener sólo un carácter individual:

“Tenemos una manera de relacionarnos con lo psíquico que tiene mucho que ver con cómo me represento la realidad y también con lo que sufro en mi relación con lo que me rodea y creo que la salud mental es una cuestión de grados. Nadie estamos todo el tiempo sanas mentalmente y nadie estamos todo el tiempo enfermas mentalmente y la salud y la enfermedad se van a determinar, desde mi punto de vista, mucho, con respecto al sufrimiento o a las imposibilidades de relación que yo tenga con el mundo ¿no? Tanto, desde mi sufrimiento, como desde no hacer posible la relación con las demás personas que me rodean” (Ps4)

La normatividad sobre los cuerpos ha implicado entre otras cosas, que sea el cuerpo una fuente de sufrimiento de las mujeres en la medida en que nunca es suficiente para alcanzar esa norma:

“Todo el rato estamos peleando con nuestro cuerpo, que es pelear un poco con nosotras mismas (...) hay muy poca gente que no pelee contra su cuerpo, para estar más guapa, para ser más flaca, para ser más alta, para correr más, para correr menos, parece que todo el rato estamos tratando de amoldarnos a un ideal, que tiene una traducción corporal, muy, muy clara” (Ps4)

La normalidad opera sobre un sujeto ideal y normativizado como cis, desde la biología y hasta la heterosexualidad. Existe una deuda de la psicoterapia hacia todos los cuerpos no normativos:

“Yo, por ejemplo, dentro de la interseccionalidad, en todos los ejes que puedo pensar o que más o menos se suelen manejar, siempre estoy por arriba, siempre soy la persona privilegiada, yo soy blanco, yo soy cis, clase media, en el campo de la salud mental soy profesional, mi cuerpo es totalmente funcional, mi mente también, quiero decir, no hay ningún campo en el cual yo no lo sea y de eso tengo que ser completamente consciente” (Ps7)

La normalidad que implica la heterosexualidad vuelve a aparecer como una categoría excluyente de lo que se espera y lo que no, en términos sociales y luego patológicos hasta hace poco tiempo:

“Yo también vengo del movimiento trans, ostras, ya te puedes imaginar cuál es... o sea siempre hemos estado denunciando que se estaba confundiendo lo normal con lo socialmente deseable y que eso ha acabado o cristalizado en forma de diagnósticos escritos en determinados manuales, que son manuales de lo socialmente deseable, no son manuales de otra cosa” (Fp)

Una forma de expresión de la normalidad asociada a la heterosexualidad en psicología, que imprime un estigma de estar fuera del mundo de lo socialmente esperable, se manifiesta a través de las explicaciones que se dan sobre otras sexualidades:

“Esa confusión entre heterosexualidad y normalidad psicológica, que a veces no se expresa con esas palabras, pero que está muy en el trasfondo de cosas que pasan, de interpretaciones que se hacen, de lo que se espera, de las expectativas que hay acerca de las personas, etcétera. Eso para mí, en mi experiencia, ha sido central... ostras es que realmente parece que siempre hay un porqué de... para los que no estamos dentro de la norma heterosexual y ese porqué, además siempre es negativo ¿no? O

negativizante sobre nuestra vida, nuestras sexualidades, siempre es algo del pasado que pasó” (Fp)

Muchas veces en el ámbito de la salud mental se ha homologado lo normal a lo sano, lo que patologiza a las personas que reciben un diagnóstico o mujeres que no tienen comportamientos que están dentro de esa norma, que no responden de manera funcional o adaptativa a un sistema social, lo que se cuestiona desde psicoterapeutas feministas: “lo normal, a propósito de la norma ¿sí? Es lo que ha encausado esta primera psicología de la que estamos hablando. Yo creo que es complejo, es complejo porque la norma no necesariamente es lo sano” (Ps5).

Otras psicoterapeutas son más radicales con el concepto de normalidad, distanciándose explícitamente de él e invitando a proponer otros conceptos que carguen con menos estigma, como el equilibrio:

“Me carga el concepto de normalidad, no creo en ese concepto y creo que es importante ir cuestionando los conceptos que traemos. No sé si destruyendo, pero sí cuestionando porque además quién dijo qué era la normalidad. Yo sé que hay un montón de manuales y de teorías, pero nos han hecho mucho daño, sobre todo a las mujeres, y a los hombres también. Pero a las mujeres mucho más me parece. A mí me gusta más hablar de equilibrio, de la posibilidad de que una persona pueda hacerse esa pregunta y llegar a eso tan particular y tan íntimo que tiene que ver con cómo yo me siento bien, qué es lo que a mí me hace estar cómoda, sin tanta careta, sin tanto ego, sin tanta coraza, sin tanta defensa ¿no? Por ahí yo creo que me hace más sentido trabajar la salud mental” (Ps6)

En la misma línea del equilibrio, esta terapeuta propone una definición de normalidad basada en una armonización entre exigencias del medio o sociales y capacidades reales de responder o interactuar con ellas:

“conseguir un grado de armonización en la persona, entre su potencial y las realizaciones que lleve a cabo en su vida, porque normalmente cuando atendemos personas que se quejan de un malestar emocional y psicológico, prácticamente observamos siempre una distancia y una disonancia entre su potencial y lo que llevan a cabo en su vida” (Ps3)

En espacios activistas del movimiento loco, la normalidad está asociada al concepto de cuerdismo entendido como un sistema de opresión específico sobre las personas que han sido diagnosticadas en salud mental. Los espacios activistas locos cuestionan no sólo el sistema de salud mental, sino que también, la normalidad de la vida social, entre otras, valoran desde otro lugar la presencia de las emociones y eventuales conflictos en los espacios humanos:

“Hemos tenido experiencias de personas que no sé, se han puesto a pelear, se han puesto a discutir así fuertemente y en salud mental, si eso estuviera en un contexto de

una institución de salud mental, eso sería considerado como una descompensación (risas), sin embargo, para nosotros está mucho más normalizado el hecho de que las personas discutieran sus problemas” (Ac1)

En relación al cuerdisimo como un concepto de resistencia al sistema de salud mental, surgen voces desde los espacios psicoterapéuticos, que señalan la importancia de generar matices para no caer en miradas dicotómicas una vez más: “Creo que cuestionar ese cuerdisimo del que está hablando el activismo loco, de cómo estamos construyéndonos todo el rato en oposición a lo no cuerdo, estableciendo siempre una separación que no nos permite ver los continuos” (Fp).

En este caso una entrevistada del activismo loco, psiquiatrizada, menciona la psicoterapia feminista como un espacio distinto respecto a lo que había conocido en el sistema de salud y que le habría sido de ayuda:

“Esta psicóloga sí que se manifiesta como psicóloga feminista y me ha ayudado muchísimo. Me ha ayudado muchísimo, hemos estado en terapia un año, ha sido duro, ha sido muy duro. Pero me ayudó a sanar lo que se pueda hacer, lo que he conseguido hacer. He tratado toda esa parte, con todo el dolor que me supuso, tuve una crisis incluso, porque claro me removía tanto el pasado y tal, pero luego me ha ido muy bien. Prefiero mil veces que me provocara esa crisis para afrontarlo todo y ella se define como que ha trabajado siempre con mujeres y ha trabajado mucho las violencias, y se define como feminista. Y a ella le conté esto que no le había contado a ningún psicólogo, a ningún psicólogo de los que había estado durante 20 años, se lo había dicho ni lo había trabajado” (Ac3)

La normalidad aparece como uno de los primeros centros de crítica tanto para los activismos en primera persona, como para las participantes relacionadas con la psicoterapia feminista. La normalidad y normatividad sobre los cuerpos aparece como fuente de exigencia y sufrimiento, así como también de sometimiento en algunos espacios.

Muchas veces se ha homologado lo normal a lo sano, cuando en verdad lo normal se acerca a una medida diseñada para un tipo de cuerpo blanco, hetero, de clase media, productivo, capacitado y dominante. Mientras que lo sano, se puede acercar más al concepto de equilibrio o de graduación en un continuo entre bienestar y malestar, donde todas las personas fluctuamos permanentemente.

VII.3.b. Críticas hacia los espacios terapéuticos: Privatización del malestar

Siendo que, tanto la psicoterapia feminista como el activismo feminista loco, se desmarcan del sistema de salud mental hegemónico y biomédico, puesto que como hemos revisado, reproduce violencias y abusos de poder sobre las mujeres y los cuerpos más

vulnerables de manera sistemática. De todas formas, el espacio terapéutico recibe fuertes críticas desde el activismo en primera persona, por considerarlo de alguna manera cómplice de ese modelo biomédico, que vela por una normatividad sobre las personas y los cuerpos y que intenta adaptar al sistema a las personas con malestares psíquicos. Esta adaptación a lo que se espera funcionalmente de las mujeres, sería contradictoria con los movimientos feministas. Sobre la psicoterapia feminista, esta activista comenta: “La considero peligrosa, la considero en sí misma una contradicción, sin dejar de respetar la intención con la que pueden muchas mujeres querer aportar con conocimientos.” (Ac4)

Algunas activistas del feminismo loco se refieren a la psicoterapia como un espacio contradictorio en tanto que feminista, puesto que vuelve encerrar en el plano de lo privado, el malestar de las mujeres:

“Precisamente una de las estrategias o no sé si consecuencias o las dos cosas, de la psiquiatría de la institución, ha sido... y también a veces de la psicoterapia, que esa es otra, ha sido el hacernos pensar que lo que te pasa es porque te pasó a ti y sólo a ti y algo te falló a ti y no porque haya algo más amplio.” (Ac2)

Existen discursos desde algunos enfoques de profesionales de la psicología, que han sido fuertemente popularizados, que apuntan a que la superación del malestar depende del punto de vista de la persona, que está en manos del individuo el alcanzar metas y logros rápidos. Una neoliberalización de la terapia, como espacio eficiente, que entrega consejos o pasos a seguir, como quien sigue una receta. Se popularizan conceptos como el empoderamiento, que quita responsabilidad a lo social y entrega todo en manos de la persona. Una psicoterapeuta recoge esa crítica diciendo:

“Creo que hay una parte de eso que es verdad ¿no? Que, según donde vayas, según la mirada que te toque, se nos van a devolver como problemas individuales, dificultades sociales. Se nos va a devolver que yo tengo que ser más positiva mientras trabajo sesenta horas a la semana. Y no me tengo que sentir cansada porque yo tengo que ser más feliz, si quiero, puedo.” (Ps4).

Otra terapeuta también comprende la crítica y posiciona la interseccionalidad como una clave para evitar la individualización del malestar “El espacio terapéutico puede encerrar si es que tu no escuchas lo interseccional... ahí lo encierra, si sólo lo deja en la dinámica intrapsíquica” (Ps5).

El trabajo en clave feminista, la importancia de lo colectivo y del contexto social serían los pilares para intentar contestar a estas críticas:

“Entonces creo que una parte de la crítica debe estar sostenida en que... bueno, una parte es real, se psicologizan mucho los problemas sociales y otra, que, si incorporamos la perspectiva social a la psicología, la perspectiva feminista a la psicología, todo el

rato vamos a estar trayendo el activismo. Trayendo que lo grupal, ese movimiento, sana. Y que lo que nos pasa, no nos pasa a nosotras, pasa en un determinado contexto” (Ps4)

Otra respuesta a esta crítica desde la psicoterapia feminista es que no siempre se observa una coherencia en las personas que son tan tajantes en sus discursos antiterapéuticos. Varias entrevistadas mencionan haber escuchado fuertes críticas hacia espacios terapéuticos -como lugares de privatización del sufrimiento- desde mujeres que mantienen tratamientos de esta índole en su vida personal, muchas veces incluyendo psicofármacos. No precisamente como un juicio, pero sí como una defensa ante ataques provenientes de discursos absolutos y cerrados, que dejan fuera la posibilidad de miradas más intermedias:

“He escuchado mucho la crítica a esta especie de privatización del sufrimiento, esta mercantilización del sufrimiento, (...) los espacios terapéuticos que están dando respuestas individuales a problemáticas sociales. (...) Bueno, lo curioso es que luego mucha gente que hace estas críticas, está en espacios terapéuticos. Entiendo la crítica, (...) la hemos heredado más bien de la antipsiquiatría, pero es una crítica que yo creo que más bien estaba hecha para otros lugares y para otros espacios. Y que tiene visos de verdad pero que, o la bajamos muy a tierra en cada contexto local, en cada situación o viene a ser un cepillo con el que barremos realidades muy diversas” (Fp)

Probablemente, los reparos que mantiene el movimiento en primera persona loco sobre el trabajo terapéutico feminista puede contener verdades importantes de escuchar y analizar: efectivamente es hay un riesgo en psicologizar malestares, incomodidades y rebeldías de las mujeres, disidencias y diferentes grupos oprimidos intentando producir una adaptación de la persona hacia el sistema y no al revés, más bien concientizando a las personas sobre las opresiones sistémicas e injustas que muchas veces sufren por el hecho de ser mujeres, o lesbianas trans o personas racializadas o directamente por locas. La importancia de saber los riesgos, los errores en la reproducción de ciertos sesgos en el trabajo, puede ser precisamente la diferencia con otros espacios no feministas.

VII.3.c. Críticas hacia los espacios terapéuticos: Relaciones de poder y supuesto saber

Las relaciones de poder pueden estar presentes en distintos ámbitos profesionales, sin embargo, y como herencia de los abusos del sistema psiquiátrico y de los mismos sesgos de la psicología, que desmanteló el feminismo de la segunda ola, el espacio terapéutico puede ser un lugar donde las relaciones de poder se vuelvan abusivas. Respecto al poder que ejercen psiquiatras hombres en la actualidad, esta activista comenta:

“O sea, tienen un poder que, si ya normalmente tienen poder, cuando tú eres una mujer y él es psiquiatra... si es mujer, te puede tratar más de tú a tú. Pero si es hombre, que son la mayoría, te infantilizan, notas la presión que ejerce sobre ti, cuando le cuentas cosas... Cuando le cuentas algo te tratan de exagerada o de histérica, no tienen empatía, no se ponen en tu lugar...” (Ac3)

Las relaciones de poder dentro de los espacios relacionados con la salud son de especial interés para profesionales desde la ética feminista y un blanco de críticas desde los activismos. Como herencia de la psiquiatría y la psicología más androcentrada, también le llega a la psicoterapia feminista. La conciencia de las relaciones de poder es un aspecto también a reparar:

“Yo nunca me voy a olvidar de la vez que tuve una sesión con una nutricionista feminista (...) me explica su trabajo y en un momento me dice: “y además quiero pedirte perdón y disculpas en nombre de todos los profesionales de la salud que te han faltado al respeto, que no te han respetado y que han pasado por encima de tu cuerpo”. Cuando me dijo eso... mira, de hecho, todavía me pasa... para mí fue muy emocionante. Es raro el efecto que tiene; es raro porque ella no es todos esos profesionales, pero el espacio reparador” (Ps5)

Uno de los conflictos más presentes por parte de los activismos locos hacia la salud mental como sistema y sus profesionales de distinto orden, es el posicionamiento jerárquico sobre el conocimiento respecto a las vivencias de las personas: “no llega a haber como esa renuncia a ese lugar de poder que implica el espacio psicoterapéutico... y no sé... como que muchas veces... no sé, yo tengo la sensación de que se monopolizara un poco el saber” (Ac2).

Siempre existirá una relación asimétrica y de saber poder por parte de la terapeuta al ser un espacio profesionalizado. Por lo mismo, y desde una ética feminista, debe ser un espacio muy cuidado para no reproducir violencias que las mujeres ya sufran fuera. Esta asimetría en las relaciones de poder no quiere decir que exista un abuso poder. La terapia feminista o con ética feminista tiende a la horizontalidad aun cuando se tiene conciencia de que ésta no se logra en su totalidad. Al ser la terapeuta la que propone el espacio y define los límites de cada rol, siempre tendrá cierto dominio –desde una perspectiva profesional- sobre el encuadre terapéutico.

“Es inevitable que nos sitúen en una posición de lo que denominamos en psicoanálisis de orientación lacaniana del sujeto supuesto saber, es bastante inevitable, porque claro, cuando las personas nos llaman para que las atendamos y plantean una demanda, es porque suponen que nosotros sabemos, porque si no, ya no darían ese paso. Ahora de ahí a que nos situaran en una posición de amo va una distancia, porque claro, ningún profesional ha de situarse de amo de la vida de nadie, sino de profesional que escucha básicamente, y que va a atender lo mejor posible” (Ps3)

El lugar de poder que entrega el saber de la profesión, es cuestionado y revisado por el feminismo dentro de la psicoterapia, consciente de su complejidad. De esta manera, se

observan y se cuidan los límites y posibilidades que tienen quienes participan en el espacio de relación terapéutica. La terapeuta tiene una responsabilidad y debe tener una consciencia con el encuadre y el espacio que propone.

“Me parece que de un lado trabajar la transparencia y del otro, trabajarnos esta parte de permitir que haya distintos roles y permitir que las diferencias de poder estén. A veces para cuidar, los contextos de cuidados son contextos de diferencia de poder y lo que trabajamos es para que eso no se convierta en un abuso de poder” (Fp)

Surgen matices en el encuadre y la importancia de que sea un espacio seguro desde una perspectiva feminista, lo que, entre otras cosas, tiene que ver con la revisión de la perspectiva hacia la o el paciente.

“si ella no está de acuerdo, por ejemplo, con alguna intervención, con alguna interpretación, que lo comunique, porque puede ser que no vaya por ahí ¿no? Eso es un punto súper importante, porque a veces uno interpreta todo como... ¡Resistencia! - No, es que es resistente a mi interpretación- no, no, no, hay veces que no va por ahí no más (risas) y si te dice que no... ¡es no! A propósito del ¡No es no!”⁶ (Ps5)

Los feminismos politizan las relaciones de poder en diferentes aspectos de la vida humana, entre ellos, los espacios profesionales. Estos también son observados e interpelados en la medida que la condición de mujer y según qué mujer o grupo disidente, puede ser más vulnerable frente a determinados abusos. La psicoterapia, como heredera de la psicología arrastra dinámicas de las relaciones de poder propias de un saber experto, muy cuestionado por los activismos en primera persona y por los feminismos en general. En el contexto psicoterapéutico feminista las relaciones de poder deben estar en permanente observación y cuidado para evitar desequilibrios en ese sentido y la reproducción de violencias.

VII.4. Prácticas feministas en psicoterapia y activismos

VII.4.a. Lo personal y lo político: Activismos y ética feminista

En la revisión de las prácticas con ética feminista dentro de los contextos terapéuticos, aparece la interpelación por la politicidad de la psicoterapeuta dentro del espacio terapéutico: Cuáles son los límites del activismo, de la supuesta neutralidad, de la distancia terapéutica y la escucha. En qué medida el cuerpo de la terapeuta, sus prácticas, sus formas y el rol que

⁶ “No es no” forma parte del universo de gritos de protesta en los levantamientos feministas de la segunda mitad de la década de 2010 en Chile.

representa juega un papel fundamental en cómo será el vínculo y lo reparador de la experiencia, cómo y cuánto debe/puede aparecer la terapeuta:

“Uno no puede suspenderse... todo el rato. Entonces creo que ese es un aporte del feminismo, absolutamente, entender que lo personal es político. Y que en la clínica también está lo personal y que la neutralidad terapéutica, mal entendida, porque si efectivamente está mal entendida, no tiene que ver con guardar silencio, con no mostrar quién eres” (Ps5).

La neutralidad y la distancia terapéutica que enseñan en las escuelas de psicología, tal vez por el afán de mantenerla en el rango de ciencia, es reconsiderada por las terapeutas feministas, pierde su importancia, o más bien emerge con más fuerza lo situado del conocimiento de la terapeuta.

“ya me cuestioné esa cosa de la distancia, de la neutralidad, de que una es como un ser súper ajeno (...) creo que ese lugar de terapeuta puede ser un poquito más amoroso, puede ser más cercano, puede ser más flexible(...)Yo siento que ahí algo se rompe de lo que a mí me enseñaron cuando yo estudiaba para ser terapeuta o psicóloga clínica. Esa frialdad, yo creo que ahí algo... y lo he hecho súper intuitivamente... pero ahí yo creo hoy que algo se rompe con la psicología.” (Ps6)

Por otra parte, también es importante cuidar que el sitio político desde donde mira la terapeuta no se transforme en una demanda o exigencia desde el feminismo hacia la persona que consulta; que la perspectiva feminista de la profesional influya en el espacio terapéutico de forma adecuada y no invasiva, por ejemplo, en promover la comprensión de ciertas problemáticas como malestares de origen social, más que psicológico o psicopatológicos de la paciente.

“O sea, si el feminismo tiene algo que decirnos es que dependemos de nuestra historia para entender lo que nos pasa, entonces ¿Por qué yo voy a venir a acelerar el proceso de otra persona? O terapéuticamente ¿Por qué yo voy a venir a imponer mi idea en su proceso? Yo de verdad creo que... o sea, si uno pudiera decir que hay un error, ¡eso es un error! (risas). Es un error porque hace que te tomes el espacio y le prohíbes pensarse a la otra.” (Ps5)

Otro matiz que incorpora esta terapeuta, se vincula con el hecho de que una perspectiva feminista facilita el cuestionamiento hacia determinadas obediencias a ciertos mandatos con que cargan las mujeres, con evitar promover una adaptación al sistema, sin que esto signifique necesariamente imponer una politicidad a la paciente:

“Otra cosa que yo creo que rompo con la psicología, justamente es como normalizar o acomodar a la persona a este mundo (...). acompaño o facilito para que se pueda cuestionar la familia, se pueda cuestionar la maternidad, cuestionar la heterosexualidad,

se pueda cuestionar las obediencias, los lugares simbólicos de creencia. Ahí yo creo que intervengo más ¿no? Como feminista, en ese contexto.” (Ps6)

Respecto al sitio de poder que las terapeutas tienen, política o éticamente se pone de manifiesto la importancia de saberse atravesadas por el patriarcado, como profesionales y personas en construcción constante, lo que se desmarca de otros espacios profesionales donde el conocimiento es más estático y no se cuestiona:

“Entonces creo que es bueno, que por muy feministas que seamos, sepamos que nos atraviesa el patriarcado igual que a cualquiera, es bueno que por muy experimentadas que estemos como terapeutas, sepamos que la salud mental nos influye para bien o para mal, como a cualquiera, y a veces enfermamos, claro es normal” (Ps4)

La perspectiva feminista en una psicoterapeuta implicaría también una revisión constante (al igual que la recomendación ética de supervisión o psicoterapia propia de profesionales en contextos terapéuticos de origen psicoanalítico o gestalt) que además implique una pregunta constante por esa premisa de que lo personal es político:

“Creo que tiene que ver con lo personal y lo político, es que el lugar de terapeuta, sea un lugar donde tú te estás transformando permanentemente también. Porque esa cosa de que la psicóloga clínica atiende y atiende y atiende, pero en su vida toda atrapada digamos, o llena de cadenas por decirlo de alguna manera, no.” (Ps6)

Otro conflicto y/o crítica que recibe la psicoterapia tiene que ver con el acceso económico que condiciona quiénes pueden hacer un trabajo psicoterapéutico según sus condiciones de pago. Al respecto, varias psicoterapeutas mencionan estar conscientes de la dificultad que implica el acceso y algunas reportan tener tarifas diferenciadas:

“Entonces, es complicado porque yo entiendo cuando los colegas cobran por ejemplo, no sé una sesión de \$50.000 (cincuenta mil pesos chilenos)⁷, porque han estudiado mucho y han invertido y eso es lo que vale su hora, pero es complicado cuando es en salud (risas) porque acá hay poco acceso. Entonces empezamos a darnos cuenta de que ocurría esto ¿no?, que había mucha gente que quería estar en un espacio terapéutico, pero no tenía los medios. Entonces, empezamos a trabajar con el arancel diferencial y eso fue... hoy día es una cuestión que se estila mucho, yo creo que con todos los colegas con los que yo converso que son de mi generación, trabajan desde ahí” (Ps5)

Trabajar en redes de colaboración con el sistema público de salud, surge como una necesidad de responder a las demandas en salud mental en Chile, a propósito de la alta demanda

⁷ 46 euros aproximadamente (en septiembre 2021)

de profesionales para la contención y orientación con problemáticas vinculadas con la pandemia. El siguiente relato resume un posicionamiento ético frente al problema de acceso económico a espacios de psicoterapia y una trayectoria de un colectivo de psicoterapeutas feministas que decide ponerlo en acción en red con el sistema público:

“Empezamos a ver, bueno, los noticieros, conocíamos gente que trabajaba en el CESFAM⁸ que estaban colapsadísimas... muy, muy colapsado. Y dijimos: “hagamos algo con esto” (...) Y nos preguntaron por qué era esto del enfoque de género. Y ese fue nuestro principal punto de trabajo, nosotras partimos preguntándonos qué es trabajar con un enfoque de género (risa). Entonces, ya teníamos bastante más armada o recorrida esa pregunta (...)Entonces, les fue gustando a estos equipos y decidieron trabajar con nosotros y nosotros hicimos todo un protocolo, hicimos un documento de protocolo, con los casos que íbamos a recibir, la complejidad de los casos, hasta dónde podíamos intervenir, hasta dónde no... a propósito del teletrabajo, la falta de redes ¿cierto? Porque hay casos que son violencia activa entonces están judicializados, y les gustó y empezaron a derivar los casos y ahí derechamente entramos a trabajar como colaboradoras de los centros de la mujer” (Ps5)

Respecto al valor de la consulta privada y el pago la misma psicoterapeuta menciona que además del intercambio económico, se relaciona con otro tipo de intercambio, y releva la importancia del trabajo por parte de la paciente:

“El pago como un intercambio simbólico. Eso es lo primero. A ver, tampoco quiero romantizar eso, yo digo esto y cobro porque si no, no como, es mi trabajo(...)El pago tiene una dimensión simbólica y que la paciente o el paciente no sólo te paga con plata. Te paga con asistir, te paga con trabajar (...)yo quiero estar con alguien que trabaje, no con alguien que me pague solamente.” (Ps5)

Por otra parte, una terapeuta española especializada y con gran trayectoria en el ámbito de la sanidad pública, recalca la diferencia del trabajo dependiendo del contexto, público o privado, donde el tipo de motivo de consulta que recibe, cambia:

“Claro, todo esto me ha dado un bagaje muy importante. Viendo un tipo de mujeres, además, que no son el perfil habitual que suele acudir a consultas privadas, que eso también hay que tenerlo en consideración (...) muchas de ellas también, cuando van, van porque tienen una situación bastante urgente, que les preocupa, les genera malestar, pero no tienen en un inicio una consciencia muy clara si van a necesitar psicoterapia o no, es otro perfil, digamos. En el área de maltratos tengo experiencia, en concreto en el área de atender mujeres víctimas de malos tratos, tanto psicológicos como físicos. Sobre todo, psicológicos, en el servicio de Fiscalía venían todas con denuncias, cuando acudían allí es porque ya tenían puesta una denuncia” (Ps3)

⁸ Centro de Salud Familiar

Desde la voz de las activistas del movimiento loco en España, observan dificultades en la sanidad pública, respecto a la periodicidad y la duración de las sesiones, que para ella resultaban insuficientes:

“yo me puse en tratamiento con un psicólogo clínico que me gustaba bastante(...) Las sesiones duraban 20 minutos, primero me citó una vez a la semana y estuvimos, así como 2 meses; y a los 2 meses empezó a citarme una vez al mes(...) entre que saludas, dices cómo estás y lo que te ha pasado, ya te tienes que ir.” (Ac3)

La misma entrevistada percibe una falta de especialización y formación en los equipos de salud mental, no solo en psiquiatría y psicología, sino que también en personal de enfermería, auxiliares de clínica, incluso celadores: “no saben qué hacer contigo y acabas en el hospital, porque no saben tratarte, no saben qué hacer contigo” (Ac3).

VII.4.b. Agencia/responsabilidad

La capacidad de agencia se relaciona con las posibilidades de generar cambios en la realidad actual, desde herramientas propias o colectivas que no habían sido visualizadas, estaban ocultas o simplemente no se habían generado. Esta capacidad de realizar cambios se fortalece en la medida que la mujer se apropia y asume una responsabilidad sobre su malestar. Esta responsabilidad no es necesariamente una mera individualización de ese malestar, sino que se acerca a la facultad de transformación, que necesita del colectivo igualmente.

El concepto de agencia tiene distintos acercamientos por parte de las terapeutas y activistas, existen miradas que la entienden desde la posibilidad sanadora de transformación y empoderamiento. También quienes miran con mucho cuidado y recelo el discurso del empoderamiento femenino como un marketing neoliberal:

“Yo creo que la persona que va a terapia tiene agencia todo el tiempo. Todo el tiempo. Cuando hacemos procesos terapéuticos, hacemos acompañamientos, una de las cosas fundamentales es... yo no te voy a decir cuál es tu camino, yo voy a ir tratando de alumbrar, lugares de ese camino que te pasan desapercibidos” (Ps4).

La responsabilidad sobre el propio malestar tiene que ver con la decisión y la conducción en el propio proceso por parte de la misma consultante. Además, emerge la potencia de la apropiación del dolor, que es generado por diferentes opresiones, que se pueden identificar desde una conciencia interseccional y que precisamente vuelven la mirada hacia lo social, hacia el sistema como el causante principal de sufrimiento. Frente a esa realidad, la agencia surge como una resistencia que produce fuerza para enfrentar dicha opresión:

“Hay cosas que a mí me atraviesan que me van a poner en un lugar, en el que voy a sufrir un cierto rechazo... O voy a tener más ansiedad, según en qué momentos, como respuesta a lo negativo que se me nombra desde fuera. Y también, y creo que es una cosa súper importante de la interseccionalidad, voy a tener mucha agencia, voy a tener mucha fuerza, porque para mí, muchas de esas categorías, sirven para reforzarme y hacerme sentir bien. Dependiendo de dónde me sitúe y como sea visto, también va a ser algo que me haga sentir psíquicamente, especialmente fuerte” (Ps4)

Desde el activismo, cuando una persona loca se apropia de su condición como una identidad, sucede algo en términos de agencia sobre el cuerpo, los roles que quiere asumir y/o abandonar, como por ejemplo el de víctima o enferma. Ya puede decidir si acude a tratamientos o profesionales o no; si los abandona o qué prácticas va a comenzar a ejercitar para su bienestar.

“En el fondo se le puede decir agencia, pero bueno no es exactamente lo mismo, pero bueno la intención es esa ¿no? Como apropiación del propio proceso(...) dejar atrás el rol de enfermo y tomar consciencia de cómo muchas cosas te pasan no porque eso exprese tu malestar, sino porque es consecuencia de la violencia institucional que has recibido.” (Ac2)

Otra terapeuta subraya que uno de los objetivos de la psicoterapia sería que la persona alcanzara mayor autonomía y las riendas de su vida: “un tratamiento si evoluciona bien, justamente lo que está buscando es que aparezca el sujeto activo de la persona” (Ps3).

Sin embargo, la agencia también tiene su cuota de peligro, porque es un concepto que deja la responsabilidad en la persona y fuera de la consulta no siempre existen las condiciones materiales para que la persona pueda agenciarse. En el espacio terapéutico ella puede probar agenciarse, pero muchas veces, no es posible solucionar fácilmente fuera de la consulta. Aquí es cuando surgen matices respecto a este “empoderamiento femenino” y el marketing por redes y publicitario que se hace sobre el feminismo. Esta agencia sobre la propia vida individual, desde una perspectiva de un feminismo neoliberal, es contraproducente ya que según lo que mencionan algunas terapeutas, no siempre es posible de llevar a cabo y más allá de eso, el foco de atención puede estar errado (individual) y aquí el rol del espacio terapéutico tiene que ver más con los cuidados y la contención.

“yo soy súper crítica del amor propio y del empoderamiento, creo que es un discurso que socialmente nos sirvió mucho, pero subjetivamente nos ha hecho mucho daño(...)Claro, eso es súper complejo porque además pone el centro neoliberal en la mujer y además si no se empodera, también, porque tiene que empoderarse ella. Y eso quita el acento en la responsabilidad política y social, o sea, el amor propio para mí es colectivo, no tiene nada que ver con la individualidad, sino nuevamente es otra exigencia, yo creo que ese es como un feminismo más neoliberal ¿no? Que tiene un problema ahí” (Ps5)

La agencia no sería fija ni estática y tendría que mirarse con cuidado: por una parte, estaría la posibilidad de apropiación y por el otro la perspectiva contextual, en la que esa capacidad de apropiación es modulada por las condiciones sociales, políticas, migratorias, sexuales, etc.

“Tiene que ver al final con la capacidad que tenemos de apropiarnos de la realidad en la que vivimos. Entendiendo esa capacidad siempre, como una capacidad limitada y como una capacidad vulnerable, una capacidad que no es infinita, que crece en lo colectivo, yo no tengo ninguna duda de eso; y que va cambiando a lo largo del tiempo” (Fp)

Las terapeutas que no se familiarizan con el concepto de agencia, prefieren nombrar desde otros lugares los procesos en que las mujeres y las personas se (re)conocen:

“Pero si yo te pudiera decir algo parecido a aquello, que sí me encanta ponerlo en la terapia es el proceso de individuación. Que tiene que ver con Jung(...) Y eso puede implicar individualizarse de la pareja, de la familia, del trabajo, del hijo, de la hija, que tiene que ver con ese encuentro consigo misma; genuino, auténtico lo más que se pueda... Bueno y la autonomía que es otro concepto que siempre aparece mucho también” (Ps6)

Autonomía, individuación, agencia, apropiación, responsabilidad. No son sencillamente formas de nombrar lo mismo, no son sinónimos. Cada palabra pone un énfasis diferente e incluso pueden ser parte de un todo más general, que en ningún caso queda solamente en la individualidad. En este momento es muy importante el entendimiento del cuerpo como un continuo entre un dentro y un afuera, el cuerpo como contacto y en relación al mundo y los otros cuerpos.

VII.4.c. Grupos de apoyo mutuo

Precisamente, en el colectivo los cuerpos a nivel social, pueden compartir, resignificar y sanar sus malestares en redes de apoyo mutuo, sin que ese espacio sea mediado por una profesional necesariamente. En eso ha consistido el trabajo de los grupos de apoyo mutuo (GAM) en los que participan las mujeres y personas que con sufrimiento psíquico que deciden dar un paso al lado del Sistema de Salud Mental o no. Muy valorados tanto por activistas del movimiento loco en primera persona, como por psicoterapeutas por su poder de sanación:

“Pues es que, en realidad, son oro ¿no? Estos grupos de apoyo a problemáticas, con respecto a la salud mental, guau, son una bendición. Si te toca acompañar a alguien

terapéuticamente en algún momento difícil de su vida, que tiene un grupo de apoyo, la mitad del trabajo está hecho” (Ps4)

El trabajo que llevan adelante los GAM suele ser muy valorado tanto por terapeutas como por activistas. Son uno de los puntos centrales del activismo loco como modo de afrontamiento a la realidad cotidiana y de resistencia a la individualización en la que suele comprimirles el sistema de salud mental.

“Yo me di cuenta de que cuando me empecé a relacionar con mujeres, sobre todo, que habían pasado lo mismo que yo, algunas u otras no lo habían pasado, pero habían vivido en un contexto mucho más libre, en muchos sentidos... también en el sentido de la sexualidad, de vivir el cuerpo ¿no? Cosa que a mí no me había pasado en mi contexto, como que me empecé a liberar de muchas culpas que tenía” (Ac2)

Muchas veces las personas viven un aislamiento importante debido a sus malestares, lo que incrementa el sufrimiento y nos recalca la importancia de tener redes de apoyo, de pensamiento, de conexión con otros cuerpos iguales y distintos. El aislamiento puede ser contraproducente para la sanación.

“(...) Cuando hay algún tipo de vivencia diversa, por llamarlo de alguna manera, pueden ser de muchos tipos, a veces la conexión social se rompe, por lo menos internamente y hay vivencias de soledad, de exclusión” (Ps2)

“De las personas que me rodean en el GAM, la verdad es que lo que más se consigue es eso, romper el aislamiento y salir a tomar café y quedar y salir a dar una vuelta” (Ac3)

Los mundos que se construyen en espacios colectivos, ya sea de pares o también los que son guiados por profesionales, son escenarios que promueven nuevas construcciones intersubjetivas respecto a vivencias comunes por diversas opresiones:

“los grupos de apoyo mutuo, también, se habla no de agencia, pero sí de un proceso de reconocimiento de que no sólo te pasó a ti, o no sólo te pasa a ti y de que hay cosas que se pueden hacer también, que muchas veces en un servicio de psicología no te lo dicen” (Ac2)

La conversación, el intercambio de experiencias, el compartir códigos comunes, la significación y la apropiación de las vivencias en el grupo, de un cuerpo colectivo, se construye mediante las palabras. Para esta terapeuta, la palabra emerge como sanadora, como algo curativo que opera en el grupo, ya sea de pares, autogestionados o terapéuticos.

“Entonces la palabra es curativa, hay que diferenciar lo que es grupo o una dinámica de grupo terapéutico, que ya tiene un encuadre determinado, a lo que son grupos digamos, auto gestionados de mujeres que se encuentran para hablar entre ellas y normalmente eso funciona muy bien.” (Ps3)

Otra característica de los grupos de apoyo, es que operan en la lógica de los cuidados en red, en la horizontalidad, colaboración y articulación dentro de este cuerpo colectivo del que estamos hablando:

“Luego durante el confinamiento hemos hecho llamadas de whatsapp a diario y en ese momento del confinamiento estaba en el grupo de mujeres, yo no sé lo que hacía el mixto, pero el grupo de mujeres todos los días a las 20:00, en vez de salir al balcón a aplaudir, hacíamos una videollamada entre todas. Todos los días a las 20:00 nos medíamos.” (Ac3)

Un punto disonante que emerge desde una terapeuta, es el peligro que podría encerrar la lógica de un grupo de apoyo mutuo en cuanto se pueda transformar en espacios de activismos rígidos o doctrinarios hacia las personas que lo conforman:

“A mí me parece que en lo identitario hay que cuestionar también, porque pueden ser unas especies de jaulas psíquicas, de quedarse ahí, quedarse ahí y me aferro a eso y no vivo otras posibilidades en la vida. Creo que por un tiempo está bien, como todo, pasar por una experiencia así necesaria para nombrarte... pero luego, ya expandir y abrir. Si no intuyo que hay algo rigidizado importante ahí” (Ps6)

El trabajo de los grupos de apoyo y el colectivo en general son un aporte fundamental y muchas veces la alternativa más real y concreta para el bienestar personal. Como todos los espacios, pueden tener puntos ciegos o rigidizarse, aspectos a observar con atención de forma permanente para no demandar o dictar formas de comportamiento a sus integrantes para pertenecer. Hemos visto que dentro de los grupos también existe discriminación y sesgos desde los cuales se puede negar o invisibilizar ciertos padeceres de ciertos cuerpos en particular. Lo identitario conlleva distinguirse y puede significar exclusión.

VII.4.d. Retos y desafíos en clave feminista y decolonial para la psicoterapia feminista y Activismos locos

Este apartado final pretende recoger distintos aportes, en el diálogo entre el activismo feminista loco en primera persona y la psicoterapia feminista respecto del cuerpo en clave interseccional. Cuáles podrían ser las escuchas pendientes, o en curso, los conflictos por resolver, los desafíos o tareas en construcción. Entender ambas instancias como espacios en

construcción y flexibles, puede permitir que ese diálogo sea cada vez más abierto y aportativo a la vida de las mujeres y de las personas que participen de ellos.

“Hay como dos polos que yo veo dentro de este debate, que es lo que el activismo le dice a la gente de la terapia y lo que la gente de la terapia le dice al activismo. Entonces, el activismo le dice: estáis individualizando los problemas... todo eso es colectivo y la psicoterapia responde: y vosotros no os estáis responsabilizando de vuestra parte en los problemas, todo lo ponéis en lo colectivo, no sabéis ver vuestra responsabilidad. Este debate es súper poco fructífero porque en ambas posiciones hay algo de cierto entonces, la cuestión es si podemos construir algo más allá de esta polaridad. Que, además, luego en los espacios cuando lo hablas, la gente muchas veces, no está ni plenamente aquí, ni plenamente aquí. Entonces, ¿Hay cuestiones que tienen que ver con lo colectivo? Todo tiene que ver con lo colectivo. ¿Eso quita que nos tengamos que dejar de responsabilizar individualmente de cómo estamos haciendo nuestras vidas? Pues eso, sobre todo es poco interesante y muy desempoderante desde mi punto de vista” (Fp)

La yuxtaposición entre las miradas del activismo feminista loco y la psicoterapia feminista o con perspectiva de género, debe poder abrir puentes de comunicación efectivas y reales, más allá de una mirada dicotómica y excluyente entre sí. Es altamente improbable que no existan aspectos que una no deba escuchar de la otra para enriquecer sus respectivos quehaceres. Al respecto este psicoterapeuta y activista comenta:

“Pienso poco y con mucho cuidado, con mucha precaución precisamente por ser hombre. Pero sí que me da la sensación de que la psicoterapia feminista, si no colabora, si no se deja empapar, si no deja permear discursos del activismo loco, no digo que no lo esté haciendo, no tengo ni idea si lo hace o no porque no conozco mucho, pero creo que sería un paso previo totalmente necesario” (Ps7)

Tanto activistas como psicoterapeutas que compartan epistemologías feministas están en resistencia a las lógicas del neoliberalismo, el capitalismo extractivista y en pugna con la individualización y culpabilización del sufrimiento, lo que no quiere decir que todo se pueda resolver o abordar de manera colectiva:

“Creo que esto es una tarea de los movimientos sociales en términos muy amplios y de los discursos críticos en general, porque creo que está siendo el campo de batalla crucial del neoliberalismo en la actualidad, esta cuestión de la individualización de los malestares y de cómo se responsabiliza. Entonces creo que tenemos que operativizar una forma de responsabilizar a las personas de sus malestares, pero que no culpabilice y no individualice. Cómo hacerlo de una forma colectiva, una forma desde abajo a arriba, cómo hacerlo como tú decías quizás comunitario” (Ps7)

Una presencia mayor de la perspectiva interseccional y decolonial desde la psicoterapia feminista, que pueda ir más de lo analítico y lo conceptual, podría presentarse como una clave de deconstrucción de prácticas monolíticas o hegemónicas que por una parte puedan establecer

puentes de comunicación con las posturas del activismo loco, pero que, sobre todo, requieren una revisión interna como práctica heredada de la psicología androcéntrica y científica.

“Más precisión, más claridad de que hay cuestiones que no nos pertenecen. Han sido educaciones, civilizaciones, culturas, que no nos pertenecen y nunca nos pertenecieron. Entonces sí te diría que ojalá hubiera más un pensamiento feminista más incorporado en las terapias, pero desde este sentido, desde un sentido crítico, de desarmar esta subjetividad te diría yo” (Ps6)

En territorios colonizados, la deconstrucción interna de la psicoterapia desde el feminismo decolonial significa, entre otras cosas, la revisión de juicios y creencias sobre las mismas prácticas, sanadoras o reparatorias, presentes en las memorias y culturas de los pueblos previas a la colonización, propias de sabidurías ancestrales, que han sido devaluadas por la modernidad y su culto a la razón, cosificación de lo corporal y adoctrinamiento espiritual desde la moral judeocristiana:

“Porque la transformación es de la humanidad no es de las pacientes en un lugar, no, es todas las personas nos tenemos que transformar. Y el feminismo, como los feminismos, yo te diría que necesitan más... también más mirada o más cuerpo no sé si decirlo decolonial, pero sí espiritual. Y menos prejuiciosos con que -yo he escuchado muchas veces- es que eso es pachamámico.” (Ps6)

Por otra parte, en los territorios que han sido los colonizadores, la subjetividad sobre la colonialidad es otra, y habría que preguntarse por el sentido de decolonizar esa subjetividad y qué implicaría aquello:

“Es que el problema que tenemos aquí, yo creo en Occidente, en Occidente iba a decir en España, pero creo que hay un aspecto que tiene que ver con esta cultura blanca ¿no? Que es que los conceptos que creamos, los damos por realidad y por buenos. Es que ya teníamos esa distancia de cuando algo te jode ¿no? Entonces, creo que nos cuesta darnos cuenta de cómo nuestras propias... los lugares que hemos construido, en realidad no eran los únicos posibles para construir ¿no? Y cómo ahí, hay poca elección también” (Fp)

La interseccionalidad puede ser una herramienta para una (de)construcción de aprendizajes en torno a la relevancia y validación historias y contextos diferentes que cruzan cada experiencia de vida, ya sea individual y colectiva. Para desmantelar creencias y premisas enquistadas de la cultura y el conocimiento blanco como único y bueno. Para preguntarse en qué medida las condiciones de los cuerpos individuales y de los colectivos atraviesan prácticas, formas de vida con posibilidades transformadoras y con conciencia de las limitaciones que este desafío tiene. Al respecto la persona entrevistada identificada como (Fp) aporta reflexiones valiosas en esta materia:

“Creo que la interseccionalidad es algo hacia lo que tenemos que mirar y que tenemos que saber que no, que posiblemente no vamos a llegar. Pero a la que intentamos,

aprendemos, o sea, yo diría un poco eso, a lo que intentamos, lo aprendemos Y eso es lo que me parece interesante. A mí lo que me parece interesante dentro de los procesos terapéuticos, es realmente poder jugar esto de ser conscientes de que cada persona de verdad, ha tenido una experiencia de vida que está atravesada por coordenadas sociales por cómo es vista en función del color de la piel, por cómo es vista en función de su grado de racialización, de la orientación sexual que el otro le percibe, de tantas otras cosas” (Fp)

Una clave para concretizar la interseccionalidad en el ámbito de lo psicoterapéutico en escucha con el activismo loco, tendría que ver con la crítica y desplazamientos de ciertas fronteras sobre la normalidad en amplio sentido: de lo blanco, de lo hetero, lo europeo, lo racional, lo académico, lo científico, lo familiar, lo institucional, desde los feminismos y con la presencia del cuerpo como ancla hacia lo diverso. Fp continúa diciendo:

“Yo creo que a veces hay pocas herramientas para leer la diversidad. Tenemos muchas herramientas para leer la normalidad, pero pocas herramientas para leer la diversidad. Y creo que el primer aporte ahí del feminismo es descentrar, en la psicología, es descentrar la heterosexualidad y cuando descentras la heterosexualidad, estas descentrando también el género y viceversa en realidad. Eso ha sido una cuestión bastante importante” (Fp)

Así como este entrevistado refiere sobre la heterosexualidad y la identidad de género, también podemos extrapolarlo a otras dimensiones de la cultura hegemónica de la salud mental en términos de la normalidad sobre la que nos sentamos y pretendemos conducirnos.

Cómo la presencia constante de los cuerpos en el debate lo pone en evidencia, sin que se transforme un discurso temporal para relevar a una cierta minoría o en un largo etcétera de todo lo que no nombra, el desafío es cómo se pone en valor esa diversidad ya no sólo en términos de género, también en términos de racialización, cuerdismo, capacitismo, desde la conciencia de que todos estos conceptos son construcciones culturales ancladas a intereses geopolíticos, económicos, patriarcales, pero que por lo mismo son susceptibles de ser deconstruidas.

“Qué son estos caminos hechos y cómo los hemos hecho como caminos únicos, o como caminos rectos, ¿vale? Incluso llegando a caer luego en lo típico de ah, vale, pues lo que ha sido devaluado, lo ponemos en valor, pero la estructura se mantiene intacta(...)Y el tema de la identidad de género, evidentemente, es una gran... es el gran caballo de batalla. Yo creo que todavía hay realmente una expectativa de que, si no te pasa nada malo, te vas a colocar como mujer si tienes una determinada anatomía y te vas a colocar como hombre si tienes otra. Yo creo que en eso hay una expectativa, entonces cómo acompañar esto fuera de esa expectativa ¿vale? Para que no sea un asunto políticamente correcto, sino algo, un acompañamiento donde puedes transmitir realmente el valor que tienen todas esas posiciones, pues claro ese todavía es un reto por construir” (Fp)

En particular, la academia es mencionada como una institucionalización del conocimiento que reproduce sesgos, orienta la investigación y la formación ideológicamente en la mantención de lógicas patriarcales, que mantiene una invisibilización de otras formas de conocer, que sigue respondiendo y reproduciendo un poder monolítico, que está lejos de ser un aporte concreto en la vida de las sociedades, sino que más bien, se convierte en un nicho de privilegios. Entonces, un gran desafío es el repensar estas y otras instituciones, porque seguirán existiendo, pero, así como están ahora, mantienen una lógica profundamente patriarcal.

“No es que la terapia feminista tenga que quedar fuera de la academia, es que la academia con la estructura que tiene hoy día, no es compatible. Que es otra cosa, o sea, que es la academia en realidad -a propósito de lo que hablamos de los saberes patriarcales- la academia se estructura de una manera tremendamente patriarcal(...) Los retos de la psicoterapia feminista en Chile tiene mucho que ver con abrir el espacio, primero (...) cómo nosotras las más nuevitas, trabajamos en la transmisión de esto. Porque esto ya está hace rato y por alguna razón no se transmite, no se transmite a las escuelas de psicología, no se transmite... entonces yo creo que un reto importante hoy día, que es una tarea, es poder transmitir aquello... Cómo lo ponemos en tabla, como lo ponemos como una necesidad de formación” (Ps5)

Más allá de la academia, las entrevistas del activismo feminista loco traen la reflexión sobre la importancia de abrir espacios más híbridos que apunten hacia lo interdisciplinario y que trabajen con la creatividad para la elaboración y sanación de distintas heridas: “así ejemplos más concretos que me vienen de cómo está presente el cuerpo, pues hay muchos formatos artísticos dentro del propio activismo loco, mucha reivindicación desde el arte, desde la perfo, desde el propio cuerpo” (Ac2).

“En mi experiencia una de las personas que me dio buenas herramientas para vivir el proceso de la medicalización fue un actor(...)esta herramienta de las emociones básicas me permitió no moralizar las emociones, siento que es un paso súper desde la mente hacia el cuerpo también. Verbalizar ese ejercicio de permitir y rechazar las emociones” (Ac4)

La generación de otros espacios de encuentro, creativos, artísticos, naturales, resuenan bastante en el activismo como herramientas eficaces, contundentes de reparación y aprendizaje, donde es precisamente el cuerpo el que se implica desde otras formas de comprensión, emocionales, lúdicas, sensoriales, de apreciación, interpretación, de movimiento: “la parte creativa, eso me sirve mucho porque el papel siempre soporta (risas), el papel soporta y la escritura me encanta, también tenerla como ritual, me encanta y siento que me sirve la meditación, el yoga, la naturaleza” (Ac4).

En la misma línea desde el activismo, recalcan la importancia de encontrar espacios, formas, métodos que se basen en la voluntad. Algo que parece tan sencillo, es un eje trascendental que atraviesa la experiencia de la locura y que debemos saber escuchar, porque los cuerpos se comportan distinto cuando están a voluntad o cuando están obligados, sometidos. La voluntad emerge como una clave que distingue la cualidad de una experiencia de forma radical.

“Una perspectiva que no pase por la coerción y que no pase por la involuntariedad(...)una compañera de aquí de toda la vida del activismo loco, que es un referente para el movimiento que se llama Patricia Rey y que está recientemente(...)en una asociación que es La Porvenir⁶, donde precisamente, lo que están haciendo es, bueno se le dice diálogo abierto, (...) Acompañamientos, o sea respuestas en situaciones de crisis en un parque, por ejemplo. Que pasa por incluso un repensar el espacio físico y sobre todo tener como base la no involuntariedad. Esto ella lo repite mucho” (Ac2)

Podemos ver algunas proyecciones que proponen los activismos locos en primera persona y espacios terapéuticos, bajo el manto de los feminismos que pueden orientar una hoja de ruta, tanto particular para cada ámbito, como para áreas en común, algunos de las que se recogen en este apartado son: abrir posibilidades reales para nuevos espacios de generación de conocimiento, que pongan en juego otros saberes y experticias, tales como el conocimiento generado en colectivo y en primera persona o espacios creativos o interdisciplinarios que arriesguen los límites de saberes hegemónicos y anquilosados en instituciones académicas a riesgo de ser llamados pseudo conocimiento; fortalecer la experimentación sobre espacios híbridos de trabajo y estudio, donde la escucha en los contrapuntos sea necesaria y valorada; repensar la institución y la lógica de la institucionalización del conocimiento y el quehacer feminista ampliamente y sin una respuesta preconcebida de los límites; dismantelar lógicas normalizadas cuyos fundamentos sean la naturaleza o los puntos ciegos propios de la blanquitud, entendiendo esta como la extensión natural del cuerpo hacia el mundo, es decir, un mundo que se ha construido a la medida de lo blanco, lo heterosexual, lo productivo; cuidar la rigidez sobre identidades fijas y cerradas sin capacidad de interrogarse a sí mismas; buscar formas de responsabilidad personal sobre los malestares sin culpabilizar, individualizar o borrar el origen social y cultural de donde proviene ese malestar, en ese sentido profundizar en la precisión al rechazo de mandatos no nos pertenecen.

VIII. Discusión y perspectivas (o conversación y movimiento con sentido)

VIII.1. Críticas desde la psicoterapia feminista y el activismo loco en salud mental.

VIII.1.a. Cuerpo objeto

Hemos visto que la psicología feminista y el activismo feminista loco comparten críticas al sistema de salud mental biomédico y hegemónico. A lo largo de la historia, y con distintos fines, ya sean políticos, económicos, religiosos y a través de métodos de control que siempre recaen sobre sus cuerpos, las mujeres han sido controladas, sometidas, encerradas, anuladas, violentadas, bajo los conceptos de bruja, histérica o loca.

El camino crítico feminista en salud mental (activismo loco y psicoterapia) ha interpelado un sistema hegemónico que, en mayor o menor medida, está presente en la actualidad y es parte de la lógica capitalista, patriarcal, colonial. Su conocimiento heredado de la modernidad/colonialidad ha sido construido de forma androcéntrica y eurocéntrica, a la medida de un hombre blanco y dominada por esta perspectiva de las cosas, aquel sujeto de la modernidad, racional, autosuficiente, desencarnado o descorporeizado, como un sujeto neutro y universal (Guzmán, 2018).

Para alcanzar sus objetivos, la ciencia moderna y racionalista debía, entre otras cosas, poder predecir, controlar y corregir el comportamiento de las personas, encarecidamente de las mujeres. Una manera efectiva de lograr ese control fue disociar la mente del cuerpo amputando toda posibilidad de entendimiento encarnado, anulando las voces de los cuerpos marcados, silenciando los malestares. Bajo todas esas construcciones políticas, científicas y económicas, los cuerpos se convierten en soporte, en envase de la razón, en una máquina a controlar, por eso y para eso había que convertirlo en un objeto de estudio. Preguntarse por el cuerpo en salud mental es una clave para la desmantelación de un orden, para desestructurar la estructura.

Con la revisión de bibliografía y las entrevistas realizadas en esta investigación, quedan expuestos serios problemas de solidez y validación del sistema de salud mental hegemónico, desde una perspectiva feminista por muchas razones. Para señalar algunas: porque en gran medida su historia fue construida y mantenida por hombres (blancos); porque las mujeres que participaron en la construcción de las teorías científicas fueron quedando en el olvido por sesgos sexistas y androcéntricos (García Dauder, 2019b); porque operaban intereses raciales, colonizadores, económicos, sexistas, heterosexuales, productivos y reproductivos de control para determinar qué era normalidad y qué no (Castillo, 2019). Según esa medida, en la historia moderna se han cometido aberraciones sobre los cuerpos que quedaban en los márgenes: encerrar en manicomios, esterilizar a las locas y las indígenas, practicar lobotomías y aislar de

por vida, condenar a homosexuales y lesbianas, patologizar cuerpos diferentes, anular la voluntad, hablar en nombre de las y los pacientes, medicar a las mujeres hasta borrarlas por completo (Guzmán Martínez et.al, 2021).

La psicoterapia feminista y los activismos locos feministas surgen en respuesta a esos abusos sobre los cuerpos, amparados bajo la definición de normalidad, frente a la sobreadaptación que se persigue tras la elaboración de manuales estadísticos diagnósticos, como formas de corte sobre la experiencia y la voluntad, específicamente de las mujeres. Este entendimiento biomédico de salud se centra en una forma de entender el cuerpo desde una perspectiva biologicista, de signos y síntomas a estudiar desde los órganos (como el cerebro) su fisiología. El cuerpo se reduce a un conjunto de órganos y sistemas, que cuando presentan alguna falla, enferman, presentando síntomas observables y que, al sumarlos y reunir cierta cantidad, se entrega un diagnóstico, un trastorno (Velasco, 2006).

VIII.1.b. Cuerpo sujeto

El sistema de salud mental hegemónico ha sido un brazo (forzudo) del patriarcado, que muchas veces reproduce violencias y aumenta el sufrimiento de las mujeres y de las personas que se escapan de la norma. Los feminismos de la segunda ola inician una lucha que se mantiene hasta el día de hoy, con distancias y distinciones internas propias de un amplio recorrido en estos 60 años, que ha avanzado en desnaturalizar, problematizar y erradicar las opresiones de la ideología de explotación y dominio del patriarcado, recuperar y apropiarse de la historia de los cuerpos de las mujeres, sus memorias, heridas, resistencias.

En salud mental, el feminismo radical de la segunda ola es fundamental en oponerse al poder patriarcal y capitalista, poniendo en evidencia las relaciones de poder, sesgos y violencias médicas sobre las mujeres y su control sobre los cuerpos, la reproducción, la sexualidad. Desde aquí surgen la psicoterapia feminista y en paralelo, junto al movimiento de la antipsiquiatría, conforman las bases del feminismo loco. Sin embargo, con el tiempo, más bien desde sus respectivas éticas y prácticas, psicoterapia y activismo loco feministas se van distanciando hasta dejar de mirarse y escucharse. Desde el activismo loco en particular, emerge la crítica hacia los espacios terapéuticos, como espacios con poca o nula escucha hacia los movimientos en primera persona. También hacia los feminismos donde se reclama una postura más radicalizada en contra del sistema de salud mental (Castillo, 2019).

En esta parte, es necesario reconocer los feminismos que han hecho parte de esta investigación para el acercamiento a este cuerpo oprimido, tejiendo posibilidades de

entendimiento entre posiciones, encontradas entre la psicoterapia feminista y el activismo loco: como se mencionó antes, los feminismos afrodescendientes y decoloniales (AAVV, 2012) han sido fundamentales para deconstruir identidades corporales universales y situar qué cuerpos en qué contextos, en una crítica al feminismo blanco hegemónico al totalizar el sujeto(cuerpos) mujeres. De la mano del feminismo postcolonial, incorpora la multiplicación de variables determinantes de salud, tales como la cultura, diversidad sexual, el acceso, la discriminación en entornos médicos, entregan urgencia al cuestionamiento sobre el racismo, relevando una conciencia sobre la diferencia de los cuerpos y lo que ocurre en la interacción de esas diferencias respecto a las desigualdades experimentadas.

Por su parte el feminismo psicoanalítico y sus aportes sobre la influencia de lo social en la subjetividad, incorporando marcos comprensivos sobre la subordinación de las mujeres, la internalización y reproducción en la propia subjetividad, de la devaluación y represión de lo femenino. De esta manera aporta en la reflexividad del sufrimiento como consecuencia de factores sociales y normativos, que han sido incorporados y normalizados en la experiencia. Fundamental para introducir la subjetividad en la salud, la escucha de la particularidad del malestar, cuestionar y dismantelar los ideales normativos de feminidad (Velasco, 2006).

A su vez, el sistema sexo/género como marco comprensivo sobre opresiones de género que han sido justificadas por el sexo biológico que aporta el feminismo estructuralista, así como también la relevancia de problematizar la relación biología/cultura, para tensionar los binarismos hombre/mujer, que incorpora temáticas como las diversidades corporales, sexuales y la performatividad, que propone el feminismo posestructuralista; y el rescate de aspectos de la diferencia sexual, la ética del cuidado, el estudio de la subjetividad e identidad del feminismo de la diferencia, han sido el marco comprensivo, referencial, esquelético y muscular en el que se ha movido la pregunta investigativa por el rol del cuerpo en los activismos, en la psicoterapia feminista. Aspectos conceptuales que se ponen en ejercicio y que vienen a jugar un papel fundamental para desaprender premisas, prácticas, “verdades” y para la construcción de otras nuevas epistemologías, formas de aproximación al bienestar y al malestar desde lo social y lo interseccional, donde exista una conciencia plena de que es en el cuerpo donde se juega la subjetividad y que con los otros cuerpos (re)construimos intersubjetividad reparadora, diversa, en clave de cuidado en los acompañamientos terapéuticos, en los grupos de apoyo mutuo de mujeres (Platero, 2012).

La salud mental en clave feminista implica el cuerpo y los cuerpos: redistribuye el poder de las voces que se deben escuchar, desde dónde hablan, quiénes hablan, posiciona el origen y

atribuciones de los malestares, posiciona la voluntad como un aspecto sustancial de cualquier espacio de reparación, escucha la voz de la primera persona singular y plural.

VIII.1.c. Coro de voces críticas

El sistema de salud mental es criticado y rebatido desde la posición de las psicoterapeutas y, sobre todo, desde las activistas del movimiento feminista loco. La historia de la psiquiatría, su abordaje sobre la locura, su influencia en la psicología a través de los manuales diagnósticos, así como el uso de tratamientos y fármacos con graves efectos secundarios, han levantado las voces en primera persona, de las mujeres que han atravesado por esas experiencias y las han padecido. Algunas voces del activismo loco en Chile incluso proponen la abolición total del sistema de salud mental tal y como está estructurado hoy (Castillo, 2019).

También son críticas las psicoterapeutas al respecto, aunque con resguardos ante propuestas más extremas como la abolición del sistema de salud mental. Cabe mencionar, como señalan psicoterapeutas chilenas entrevistadas, que no todo se trata de locura, entendida en un sentido clínico, si bien existen los trastornos más agudos con alto grado de sufrimiento y desequilibrio en distinto orden, también hay un continuo entre estos malestares más extremos o la locura y el bienestar psíquico, corporal y social, entre los que fluctuamos todas las personas. No existiría una persona “en equilibrio” todo el tiempo y en todas las áreas, como señala otra psicoterapeuta española, todas las personas encontramos desequilibrios y malestares permanentemente en nuestra vida (aunque eso no signifique que “todas somos locas” es decir, no existe la intención de apropiarse de la voz de las activistas locas). Algunas terapeutas prefieren conceptualizarlo como un equilibrio entre capacidades, autopercepción y realización de la persona.

Una crítica desde los activismos locos hacia el sistema de salud mental, entre otras cosas, es que es un sistema que está hecho a medida de quienes lo diseñan, vale decir, la normalidad y los diagnósticos son consensos que no toman en cuenta la mirada de las personas locas (Castillo, 2019). Con pocas preguntas, las derivan al psiquiatra y el psiquiatra inmediatamente receta pastillas y coloca un diagnóstico. Se espera que rápidamente las personas hagan conciencia de enfermedad y se adhieran al tratamiento. Someter la voluntad, minimizar la opinión, imponer tratamientos desde una posición de superioridad es un abuso de poder en la relación profesional, y es de los aspectos más resentidos desde el activismo loco. La voz en primera persona, lo que tenga que decir quien se encuentre con sufrimiento psíquico

agudo, debe ser oído, validado y tomado en cuenta si no queremos seguir reproduciendo violencias epistémicas (Erro, 2021).

Respecto a la psicologización de los malestares, es verdad que, desde algunos lugares terapéuticos, se devuelven ese tipo de abordajes obviando su posible origen social. Tanto activistas como psicoterapeutas feministas son críticas a estas posiciones. Tener una mirada feminista es incorporar una mirada social y colectiva de las problemáticas de las mujeres (García Dauder, 2019; Barrera, 2021). Los activismos locos han avanzado mucho trecho en sus prácticas para un bienestar colectivo a través de cuidados grupales y de apoyo mutuo. Por otra parte, el espacio seguro terapéutico feminista (grupal o individual), promueve otras lecturas en una serie de temáticas que desculpabilizan o desestigmatizan a las mujeres y las disidencias sexo-genéricas (Barrera, 2021).

Una falencia que denuncian las terapeutas entrevistadas, es que el feminismo en la psicología no está presente en la formación académica, salvo talleres optativos de género o algunas excepciones respecto a esta perspectiva. A pesar de todo lo mucho que se ha estudiado y analizado por parte diversas autoras en distintas corrientes psicológicas, esto no se enseña en las escuelas y se mantiene invisible, tanto en Chile como en España. Esta carencia de formación académica no considera el origen del sufrimiento específicamente en las mujeres, como la desigualdad en la distribución del trabajo productivo y reproductivo, tiempo de ocio, el rol de cuidadoras universales y transversales que cumplen en la gran mayoría, lo que genera sobrecarga física emocional y efectos en su salud, por lo tanto, no se pueden usar las mismas herramientas, las mismas perspectivas, porque son sujetos que viven una realidad distinta a la de los hombres. Con esta formación académica se van reproduciendo abordajes en los que se responsabiliza de forma individual el malestar, como una dificultad en la adaptación funcional a un orden (Velasco 2009).

Algunos de esos malestares se relacionan con: la disconformidad con la realidad impuesta, el cumplimiento de los roles femeninos asignados que han sido construidos desde una perspectiva misógina y patriarcal, la escasa independencia y autonomía personal, la cantidad de deseos insatisfechos por la falta de dedicación a proyectos personales, el haber sido socializadas para estar siempre al servicio de los otros. Hay vivencias de las mujeres en un orden patriarcal que influyen directamente en sus estados psicoafectivos, como, por ejemplo, la violencia machista de parejas y exparejas afectivas y sexoafectivas, las violaciones, los abusos sexuales infantiles que son tremendamente comunes y naturalizados desde hace mucho, los abortos clandestinos, la explotación sexual, situaciones comunes que aún se mantienen

como tabú y que son violencias que hay que evidenciar. Las víctimas siguen siendo las mujeres. La violencia patriarcal es un problema de salud mental, de misoginia social (Barrera, 2021).

Por otra parte, como hemos constatado en las entrevistas, se centra el tratamiento en los síntomas, las mujeres son las que consumen más psicofármacos, ansiolíticos y antidepresivos. Muchas veces, se cae en un exceso de medicación, que genera dependencia y anula la voluntad, aplana las emociones, ralentiza el pensamiento. Sus efectos secundarios, en definitiva, aumentan los malestares.

El feminismo surge en espacios fuera de las escuelas de psicología, espacios de activismo, sociales o comunitarios y este es un punto de inflexión: La institucionalización. Los saberes se vuelven parte de un orden institucional, patriarcal y de mercado al que también pertenece la academia hoy. Se forman muchas psicólogas en todas partes, pero siguiendo básicamente los mismos autores de siempre. ¿El feminismo debe entrar y transformar todos los espacios, como el académico? ¿el feminismo debe anclarse a los movimientos sociales de transformación fuera de la academia puesto que si se institucionaliza se vuelve patriarcal? ¿se puede pensar la institución en clave feminista? Posiblemente deban existir todos esos feminismos, los que se introduzcan y transformen las instituciones y los que van al choque en las calles y asambleas recordando que no tenemos derechos adquiridos, como nos advierte Simone de Beauvoir (1949), tal vez la clave esté en que no dejen de mirarse, escucharse e incluso intercambiarse.

VIII.2. Problematizando el cuerpo desde la interseccionalidad y decolonialidad.

VIII.2.a. El costo de un cuerpo normal

La pregunta por el cuerpo en el contexto feminista de salud mental resulta una clave de anclaje a cada contexto y sus dinámicas. El cuerpo es lo que somos, es irreductible y, sin embargo, ha quedado relegado al margen y al control total después de la modernidad colonial en un ejercicio de blanqueamiento del mundo, al posicionar un cuerpo presuntamente universal como modelo de normalidad. ¿Y qué implica preguntarse por el rol de los cuerpos en salud mental y feminismo? Implica, necesariamente, situar de qué cuerpo estamos hablando, en qué momento y en qué lugar, es un cuerpo individual y colectivo que se experimenta en un tiempo y espacio determinado, obliga situar y por lo tanto, a dismantelar los universales (Gargallo, 2014). Los cuerpos que somos, que cargamos, que llevamos, que nos tocaron sufren por no alcanzar el ideal de normalidad que dicta la cultura capitalista patriarcal y colonial sobre ellos (Gago, 2019). Mientras más lejos del modelo de hombre blanco europeo de clase media y

productivo, más motivos de opresión recaen sobre el cuerpo, ahora bien, es necesario no sólo señalar las diferencias, sino además profundizar en la desigualdad que generan esas diferencias y cómo influyen en la subjetividad (Rodó-Zárate, 2021).

Por otra parte, como nos comenta una experimentada psicoterapeuta en su entrevista, todo lo que nos sucede, nos ocurre en el cuerpo, porque somos cuerpo. Esto va más allá de los sentidos, la percepción o las explicaciones biológicas sobre el funcionamiento del sistema nervioso o de los órganos. Los límites de nuestros cuerpos se definen en el orden social, biológico, simbólico, relacional. En el plano del sufrimiento psíquico, se ha endiosado al cerebro y lo neurológico, como centros operativos que lo explican todo y donde deben apuntar las soluciones a los malestares humanos (Erro, 2021). Pero el sufrimiento que una persona con un diagnóstico psiquiátrico agudo pueda tener, no se puede explicar meramente desde sus sinapsis, al menos no desde una ética feminista. Una parte muy importante es cómo el entorno social provoca ese sufrimiento al estigmatizar, excluir, infantilizar; cómo se marginan esos cuerpos a nivel social, es una corresponsabilidad de su sufrimiento (Plaza, 2021).

Todo lo que nos ocurre es encarnado en el cuerpo (Iris Young, citada en Acosta 2013), siempre será encarnado: el diagnóstico de una enfermedad, envejecer en abandono, el maltrato y abuso sexual infantil, una orientación sexual señalada como un problema, como “desviada”, un cuerpo intersexual cargado de secretos o vergüenzas, una identidad trans, un color de piel marrón, negro o amarillo, rechazado, invisibilizado, una situación económica y laboral precaria, inestable, injusta; una experiencia de encierro en la cárcel o en una institución psiquiátrica, una adicción, un aborto, una ruptura amorosa; todo sucede en el cuerpo. En particular para este trabajo, hemos visto cómo el sufrimiento de los cuerpos aumenta y se agrava cuando se trata de mujeres que han recibido un diagnóstico psiquiátrico agudo (Huertas, 2021), que han atravesado años de tratamientos, que pertenecen a clases sociales medias o bajas, que han recibido violencia o invisibilización, ya sea porque no se validan sus relatos y voluntades (Fricker, 2017); por los efectos de los medicamentos, de las contenciones mecánicas, el aislamiento social, el aplanamiento emocional, la falta de deseo, de placer, el sometimiento de su voluntad, el estigma por su condición (Castillo, 2019).

Hemos visto que la invención de la salud mental como la conocemos en el siglo XX, así como sus antecedentes a lo largo de la historia desde la antigüedad, han tenido un correlato con el control del cuerpo de las mujeres. Brujas y locas peligrosas, promiscuas, rebeldes a sus épocas, debían ser “reducidas” quemadas, encerradas, colgadas, torturadas, aisladas, etcétera. El cuerpo es un territorio donde se materializan imaginarios sociales, que demarcan sus campos de coherencia dictando formas de comportamiento y de subjetividad. El cuerpo en la

modernidad, llega a reducirse a un objeto de estudio, escindido de la mente, un aparato a controlar y dominar, entre otras cosas para ser fuerza de trabajo del capital (Federicci, 2004).

VIII. 2.b Un cuerpo invisible.

Curiosamente, se observa que en los relatos de las personas psiquiatrizadas que han cargado con años de estigma y condicionamientos por su diagnóstico, la pregunta por el cuerpo parece extraña. No es fácil abordar los dolores psíquicos y las experiencias encarnadas desde una perspectiva corporal, y surge cierta confusión sobre por qué una pregunta por el cuerpo podría tener que ver con su salud mental. Al mismo tiempo, al compartir sus vivencias y comenzar a dar ejemplos de los abusos del sistema psiquiátrico, emerge el cuerpo fuertemente como dolido, maltratado, humillado. Las experiencias están claramente marcadas por memorias corporales (no sólo físicas).

Así mismo, las terapeutas se presentan interesadas sobre el tema del cuerpo y sus implicancias, aunque no es directamente lo que se suele abordar. La subjetividad pareciera ser en gran parte mental o racional o incluso emocional, pero un pequeño porcentaje quedaba en algo así, como memoria corporal. Inevitablemente lo corporal se tiende a reducir a lo físico y lo concreto; como si al no referirse específicamente a la materialidad, entonces todos los temas (incluso la sexualidad) tienen que ver con otra índole de problemáticas, racionales, cognitivas, analíticas o simbólicas, pero no directamente corporal, sino en otro plano. También, como si la única forma de referirse al cuerpo sea segmentándolo por áreas temáticas.

De hecho, muchas veces a lo largo de la investigación tuve la sensación que el cuerpo se ocultaba, que se escapaba de la discusión, que era un tema demasiado difícil de introducir en la salud mental, la sensación de estar forzando las cosas. Y no estoy segura que eso no sea así, tal vez sea un error interpelar a la salud mental desde el cuerpo, o porque no es su materia de estudio, o porque el lenguaje lo ha excluido de la discusión sobre la subjetividad y se mantiene constreñido en un área muy acotada a la materialidad individual, que sólo es abordable cuando se roza con ciertas temáticas como, por ejemplo, la anorexia, el cáncer de mamas o la violencia machista.

Aunque en terrenos feministas sí existe una sensibilidad especial en problemáticas relativas a la corporalidad, cuando nos situamos en el eje cordura/locura y acudimos a ver qué pasa en el cuerpo, se sentía una brecha, había que recordarlo y explicarlo, permanentemente y traerlo a la conversación. Puede que haya estado mal planteado, o puede que en eso consista el ejercicio de decolonizar los espacios feministas, terapéuticos, académicos: que el cuerpo esté

presente y evidenciar lo colonizado de nuestras mentes (pues aún no puedo ni nombrarlo sino es desde la mente o desde el cuerpo).

Y si fuera un error, sería un error forzado 100%, que podría desdibujar, precisamente, los límites disciplinarios que se quería revisar. El error puede haber sido pretender, porfiada e ingenuamente, abarcar el cuerpo como algo posible, aunque sí deja hilos por tirar de la madeja en las preguntas por las prácticas.

VIII.2.c. El cuerpo en un espacio heteronormal

La relación cuerpo-espacio a lo largo de la experiencia de vida, sus aprendizajes, modos de actuar y de inhibir, los gustos, los reforzamientos o reprobaciones que reciba, irán configurando una adopción de género (y de muchos otros aspectos) que permita, subjetivamente, sentir una coherencia entre la materialidad del cuerpo y las reglas del juego social, que según donde se juegue, tendrá reglas bien definidas.

En términos de género, Iris Young (citada en Acosta 2013) habla un “estar femenino en el mundo” como un cuerpo que ha sido acotado en la socialización y al que no se le ha permitido moverse con libertad. Describe algunas características de este estar femenino como la sumisión, como un hábito aprendido sin reflexión, como un comportamiento corporal típico y específico de la existencia femenina que desencadena en: falta de determinación, ambigüedad, inhibición, dudas e inseguridad, falta de coordinación de movimientos, no percibir el cuerpo como una unidad sino como fragmentos. La socialización estereotipadamente femenina repercute en cuerpos cohibidos, con una alta sensación de incapacidad y potencialidades inhibidas. Sin caer en esencialismos sobre feminidad, ni universalizar a todas las mujeres en estas descripciones, sí es fundamental reparar en las consecuencias de una socialización dualista estereotipada, binaria y restrictiva hacia los cuerpos femeninos. Esto, porque es en los cuerpos donde recaen los dispositivos de opresión y de exclusión social; se trata de considerarlos como cuerpos políticos. De hecho, de las entrevistas también surgen los anclajes del patriarcado en los cuerpos masculinos, en tanto que los hombres también son exigidos, pero en este caso, hacia la productividad y el capacitismo, en la imposibilidad de ser improductivo e incapaz, así como también la imposibilidad de expresar emociones o lo que sienten en el cuerpo.

Los dualismos de género y la heterosexualidad aparecen como una premisa de normalidad a deconstruir (Fausto-Sterling, 2006), dado que arrincona a otras sexualidades al margen y la pregunta por los sujetos que quedan al margen de esta normalidad, es recogido por

muchas de las terapeutas entrevistadas, así como la necesidad de revisión de la biología como argumento para el mantenimiento de cuáles son los cuerpos o sexualidades marcadas como diversas. Los binarismos entre biología y cultura, niegan la posibilidad de entender la sexualidad como un terreno con particularidades, con sus propias historias y vivencias. Cuando la sexualidad es entendida como una realidad binaria, se está negando a esas sexualidades, se las excluye y al negar la sexualidad de una persona, se niega el todo de esa persona.

Si entendemos el cuerpo como un lugar de representación, como una construcción dinámica de una materialidad, se abren nuevas posibilidades comprensivas. Podemos hacerlo participar más y nombrarlo sin que se quede en algo meramente alternativo a lo psíquico, preso de un dualismo de lenguaje (mente/cuerpo). Desde ese lugar, tanto el cuerpo individual como el cuerpo colectivo, se vuelven modificables, emerge la posibilidad de resignificarlo, evidenciando las opresiones que carga (Butler, 1990). El cuerpo como un territorio de significación constante, que se amplifica y que evita el dualismo dicotómico y binario que constriñen su potencial, sus posibilidades.

Debemos (re)conocer que nuestros cuerpos (re)presentan significados no sólo por sus materialidades, sexuadas, raciales, etarias, sino que además por su historia encarnada, por sus hábitos aprendidos y por lo que nos permite cada escenario (Bourdieu citado en Acosta 2013). Debemos (re)conocer también, cuándo y cómo nuestras lecturas sobre los cuerpos y sus comportamientos están operando desde una norma aprendida que ejerce privilegios o nos hace sentir oprimidas, o ambas cosas al mismo tiempo (Rodó-Zárate, 2021). Con quiénes compartimos escenarios, qué cuerpos se corresponden con qué escenarios o tienen derecho a ocupar qué escenarios; y preguntarnos efectivamente si estamos en (re)construcción o es que ya nos percibimos como cuerpos definitivos. No podemos acceder/reducir el cuerpo a su materialidad sin las representaciones/estereotipos que tenemos ¿De qué se trata y qué implica habitar el cuerpo de una mujer loca, una mujer lesbiana, una mujer trans, una mujer gitana, una mujer mapuche, una académica de Oxford? ¿Acaso basta con una categoría identitaria para definir a una mujer? No. ¿Ayudan estas categorías en la relación con el cuerpo y el contexto social? Sí y no. Sí, cuando es una categoría autoasignada, política y de apropiación. No, cuando es una categoría discriminatoria, impuesta por otros, que mantiene la desigualdad sobre relaciones de poder que convienen a ciertos cuerpos que ocupan otras categorías más privilegiadas (Platero, 2012).

La premisa de los cuerpos como dinámicas de significados en permanente construcción, como escenarios de pugnas, opresiones, resistencias y re-existencias, implica una materialidad acotada y significados abiertos y permeables en espacios colectivos, intersubjetivamente. En

la medida que establecemos contacto con la otra, con el otro, seguimos construyendo nuestra identidad y repensándola, porque no es fija ni estática. Pero está en relación con otra que no soy yo ni mis iguales, mis idénticas, he ahí la importancia de escuchar, y conversar con lo otro, lo diferente.

VIII.2.d Cuerpos categorizados en una resbaladiza interseccionalidad.

Como se ha mencionado antes, el abordaje y la pregunta por el cuerpo es un ejercicio de decolonización, es rescatar aquello que fue negado y sometido en la colonización. El colonialismo interno del que habla Rivera Cusicanqui (2010), explica que las epistemologías, los métodos, las leyes del conocimiento hegemónico están arraigados aún en los territorios colonizados. El blanqueamiento interno producto de una socialización (impuesta) aprendida y una herida colonial que es imposible borrar. La mirada sobre el cuerpo en este contexto, se vuelve reparadora (terapéutica), da lugar a lo fragmentado, permite la contradicción, incorpora el mestizaje como un espacio de distinción. La yuxtaposición Ch'ixi que nos comparte Silvia Rivera Cusicanqui sobre el color gris, es un concepto Aymara que dialoga con las primeras intenciones de la interseccionalidad: Desde cierta distancia, el color se ve gris, pero al acercarse y mirar con atención, se trata de una red tejida de cuadrados blancos y negros que no se mezclan entre sí, pero que coexisten. Se vuelve necesario fortalecer la distinción, no se trata de algo híbrido o de una fusión, se trata de una composición de fragmentos que no se diluyen. Mientras que, la interseccionalidad propone la superposición de ejes de desigualdad, que no son factibles de ser separados.

La interseccionalidad es un concepto muy asociado a lo académico hoy en día y muchas entrevistadas lo asocian a un concepto comodín, que queda bien acompañando discursos, pero que no ocurre en la práctica. Aunque surge de los movimientos sociales, va perdiendo resonancia, efectividad, no logra remover distintas capas de prácticas sociales y se le asocia a un gran etcétera discursivo, cuestionando su posibilidad de transformación social. He ahí la importancia de situar la interseccionalidad en los cuerpos y en los espacios, identidades que surgen en localizaciones y temporalidades concretas, pues en ese espacio se priorizan ciertas categorías frente a otras o emergen ciertas posiciones frente a otras (Rodó-Zárate, 2021).

Todas las personas que fueron entrevistadas enfatizan la importancia de incorporar la interseccionalidad en las prácticas de los feminismos, psicoterapia y activismo loco. Sin embargo, en la mayoría de los casos, ésta aparece como un concepto que no baja a tierra, que

en la práctica no da cuenta de la complejidad de discriminaciones entretejidas que pueden atravesar el cuerpo, la experiencia de una mujer, de un colectivo.

Atender la interrelación entre subjetividad e interseccionalidad es una proyección interesante a desarrollar. Cómo interactúan la emoción y la interseccionalidad (Rodó-Zárate, 2021) y qué importancia tiene comprender estos aspectos al ocupar espacios de periferia y centro en distintas situaciones: emociones colectivas asociadas a ciertas realidades, que son producidas en parte por las condiciones materiales y en parte por la construcción de imaginario colectivo, ¿es necesario comprender y aproximarse a la desigualdad desde un plano emocional? Al mismo tiempo, escuchar el cuestionamiento de las feministas chicanas, quienes interpelan la teoría de la emocionalidad y preguntan cómo enfrentar el racismo que viven a diario emocionalmente (Moraga y Castillo 1988, en Gandarias 2017). Los cuerpos que interactúan en determinados espacios, ponen en juego un componente emocional, siempre tenemos una o más emociones a la base y las desigualdades que se dan en distintos contextos sociales, responden a dinámicas del orden colectivo, no sólo individual. Habría que revisar hasta qué punto esto despolitiza la interseccionalidad o más bien todo lo contrario, si reivindicar la relevancia de lo emocional en el terreno político puede ser más transformador, que volver a negarlo como se ha hecho a lo largo de la historia, y asociarlo a lo femenino con una connotación negativa.

Incorporar ese plano comprensivo a nivel político, puede ser necesario. Repolitizar la interseccionalidad, devolverle su carácter transformador radical y originario de los feminismos negros, es un ejercicio de actualización constante y dinámico en cada contexto. En el escenario del bienestar psíquico (tanto en activismos locos como en la psicoterapia) es rotundamente relevante la emocionalidad que conllevan los cuerpos que interactúan en cada contexto. Anclar el concepto es volverlo práctica en espacio y tiempo acotado, desde los ejes de dominación y desigualdad, de privilegios y opresión que cada cuerpo carga.

VIII.3. Aspectos teóricos y críticos en psicoterapia feminista y activismos locos feministas relacionado con los cuerpos, en Chile y España.

VIII.3.a. La normalidad es la gran cuestionada o nuestros cuerpos no calzan con el molde.

Decir “normalidad” es hablar de una convención. Es relevante saber quiénes asumen esa convención, en qué contexto y a qué intereses responden. Implica un acuerdo entre expertos (generalmente hombres, blancos, del norte global) que es asumido como verdad en una sociedad (global). De esta manera, tanto psicoterapeutas como activistas del movimiento loco

son críticas frente al concepto, por los sesgos blancos, eurocéntricos, androcéntricos, cuerdistas, que implica. Estar dentro de la normalidad implica un esfuerzo y muchas veces un desgaste, que puede ser poco beneficioso para la persona o directamente perjudicial. Con tal de estar considerada en un rango de parámetros convencionales de normalidad, la persona sostiene una pelea consigo misma a costa de una gran dificultad, autoexigencia, sentimientos de inadecuación, de insuficiencia y frustración; así lo mencionan la totalidad de las psicoterapeutas entrevistadas. La normalidad en salud mental es parte del saber colonizador y los feminismos decoloniales de la mano de la interseccionalidad, son herramientas de sospecha ante estas convenciones, deben serlo, puesto que la colonización de la mente se ha producido mediante conceptos como normalidad.

Hasta aquí, podemos decir que una participación más activa y consciente del cuerpo en salud mental, debe contemplar una revisión y deconstrucción de la normalidad como parámetro en tanto que hetero, blanca, cuerda (Castillo, 2018). Ser capaces de reconocer que estamos sentadas sobre esas bases y es desde ahí que se nos ha enseñado todo; identificar el terreno justamente para no reproducir violencias patriarcales, pensar y hacer con otros cuerpos/sujetos que quedan fuera de esa norma, los cuerpos que, por la razón que sea, se considera que se han “desviado”.

El concepto “cuerdismo” que surge dentro de los activismos locos (Plaza, 2021), puede ayudar a identificar y recordar riesgos a evitar: conducirnos por normativas opresivas, con rutas de vida predefinidas, etapas evolutivas lineales y homogéneas, poco creativas, parcas, funcionales. Es normal/cuerdista la adaptación constante a un sistema preestablecido, que funciona con intereses subterráneos políticos y económicos de explotación de recursos naturales y humanos; explotación de territorios y de cuerpos (marcados) (Platero, 2012). De esta manera lo normal/cuerdista opera sobre nuestras vidas y nuestros cuerpos, de forma silenciosamente opresiva mediante funcionamientos sociales naturalizados y concebidos como únicos, desde que nacemos. Un concepto de alerta, no sólo para las personas que han sufrido psiquiatrización (las primeras), sino también como marcador de convencionalidad, constreñimiento y discriminación sobre los cuerpos, desviviéndose por ser normales.

Los espacios activistas locos que cuestionan, no solo el sistema de salud mental, sino que también, la normalidad cuerdista de la vida social, entre otras, valoran desde otro lugar la participación de las emociones en la vida social, el conflicto en los espacios humanos como algo necesario, otras necesidades temporales, otras redes de apoyo; que, desde un punto de vista cuerdista o normal, podría ser considerado un descontrol de impulso o agresividad indeseada. Un ejemplo de esto, lo relata una activista chilena respecto al enfrentamiento de

conflictos en reuniones de pares dentro del activismo loco, en las que un desencuentro o discusión entre dos personas se puede manifestar más expresivamente, lo que en contextos “cuerdos” podría ser considerado como inapropiado o incluso como una “descompensación” según ella misma señala.

VIII.3.b. Las relaciones de poder o cuerpos en orden de importancia

Las relaciones de poder son cuestionadas intrínsecamente por los feminismos, han sido una de sus luchas centrales por dismantelar un régimen patriarcal, colonial y capitalista. Una ética feminista en salud mental (Velasco, 2006) debiese apuntar en la misma dirección respecto a las relaciones profesionales, institucionales, sobre todo cuando sabemos que, instituciones médicas, académicas, son jerárquicas y funcionan con lógicas patriarcales, económicas, y capitalistas, también.

En la práctica, existen disensos entre activistas feministas del movimiento loco y feministas que se dedican a la psicoterapia. Las primeras, tienden a mirar el vínculo terapéutico como una relación jerárquica (por lo tanto, contradictoria con el feminismo), donde se pueden reproducir abusos propios de las desigualdades de poder. Y claro, en las instituciones psiquiátricas se reproducen violencias hasta el día de hoy, no sólo con las contenciones mecánicas, las terapias electroconvulsivas o las esterilizaciones forzadas, sino sobre todo mediante la injusticia epistémica testimonial (Fricker, 2017), es decir, invalidando el relato de la consultante, minimizando su experiencia con frases como “ya te acostumbrarás, al lado de los otros síntomas, esto no es nada” o haciéndole creer que los (malos) tratos que recibe por parte de la institución, son merecidos por tener un problema en el cerebro.

Por otra parte, las terapeutas feministas entrevistadas, reconocen una relación profesional donde existe una relación de saber/poder, pero se trata a su parecer, de un saber experto que no ejerce abuso, que se espera que cargue un conocimiento que pueda ayudar a la otra persona y apunta hacia la horizontalidad y el cuidado. Las relaciones de poder están y se reconocen, pero hay matices dentro de esa premisa: el que exista una relación profesional implica un saber (poder) experto (como en casi todos los ámbitos profesionales), pero que eso no implica necesariamente una relación abusiva y se debe tener especial vigilancia en que eso no ocurra (García Dauder, 2019a).

Siempre existirá una relación asimétrica y de saber poder por parte de la terapeuta, en la medida que es un espacio profesional, y por esa misma razón el vínculo terapéutico ha sido tratado especialmente con cuidado por terapeutas feministas, haciendo conciencia y

reflexionando sobre características que lo diferenciarían, desde una ética feminista. Algunas de estas características, que emergen en las entrevistas, se relacionan con que el espacio terapéutico no es neutro, es situado (Barrera, 2021). Esto es profundamente importante porque rompe con la herencia de la psicología clásica (que intenta tanto ser considerada una ciencia) del terapeuta neutral, sin prejuicios, sin sesgos y totalmente imparcial. La psicoterapia feminista (en sus diversas orientaciones) sería todo lo contrario, se declara abiertamente feminista, no neutral, lo que implica la conciencia de un sistema patriarcal que provoca sufrimiento, la misoginia que opera en todo orden de la vida social, los mandatos relativos al género, entre otros aspectos revisados en esta investigación; específicamente respecto al vínculo terapéutico, apunta a una horizontalidad mayor, la terapeuta se hace presente y participa desde un lugar consciente desde su cuerpo como significativo frente al otro y del espacio que propone. El encuadre más que con la horizontalidad total, tiene que ver con el orden de la responsabilidad, el enfoque feminista cuida evidenciar el estatus de sujeto de la consultante, mediante su deseo de estar ahí como sostén del trabajo. Entre las terapeutas coinciden en que los procesos los conducen las consultantes o pacientes, ellas son las expertas de sus propias vidas (García Dauder, 2019a) y la labor de la terapeuta es la de acompañar dicho proceso de trabajo. Esta posibilidad de decisión sobre qué aspectos le hacen sentido de las propuestas que haga la terapeuta, se distingue de una relación de poder convencional en psicología clínica, donde lo que dice la o el terapeuta podría caer como verdad absoluta, desde un sitio de poder.

El desmantelamiento de la supuesta neutralidad en el vínculo, es poner en valor el propio cuerpo y su vivencia en cruce transversal con el trabajo, situando el lugar desde quién habla, desde quién escucha y de la voluntad de participar de ese espacio de acompañamiento.

VIII.3.c. Voz en primera persona contra el patriarcado y privatización de malestares.

El activismo feminista loco toma distancia del saber profesionalizante (Guzmán Martínez, 2018), promoviendo la (re)construcción de las experiencias en primera persona y como apropiación de conceptos como bienestar, malestar y locura; han demostrado ser espacios alternativos colectivos de reparación que levantan una voz importante de escuchar: la voluntad.

La involuntariedad o sometimiento, que han vivido las personas psiquiatrizadas, es una de las fuentes de mayor sufrimiento, rabia y percepción de injusticia y violencia, en gran medida por el daño concreto sobre los cuerpos como efecto de tratamientos psicofarmacológicos, de internación forzada o contención mecánica, las terapias

electroconvulsivas (Huertas, 2021). Tal como señalan algunas entrevistadas, en lugar de encontrar los cuidados necesarios en espacios de salud mental, las personas muchas veces han encontrado daño, han sido silenciadas, se ha descreído su testimonio, se ha vulnerado su dignidad de sujeto y, como señala otra entrevistada, se habla de la mente, pero siempre ha sido el cuerpo el torturado, de ahí su resistencia.

Como cualquier espacio autogestionado, el activismo loco no está libre de dinámicas de poder; entrevistadas en España comentan que algunas veces este espacio se vuelve formal y se “institucionaliza”, incorporando lógicas patriarcales que se vuelven jerárquicas y generalmente están lideradas por hombres blancos. Dentro de estas, se repite la invisibilización y/o utilización de realidades de personas racializadas, argumentando que sus vivencias no identifican a todos los integrantes del colectivo o que no es la más representativa de este activismo propiamente tal. Los espacios de activismo loco en España tienden a ser espacios blancos, donde la interseccionalidad se puede nombrar, pero no ocurre, según relatan las entrevistadas. Esto marcaría alguna diferencia con Chile y las redes latinoamericanas en general, donde mencionan situarse desde miradas que contienen más orgánicamente en el discurso, una consciencia interseccional, aunque se amplíe la pregunta sobre qué significa esto específicamente, partiendo de la premisa de que el mundo de las mujeres con sufrimiento psíquico agudo, no es homogéneo, sino plural y no es posible ni justo referirse a la locura en las mujeres como una sumatoria más en el etcétera interseccional.

Otra crítica desde el feminismo loco dirigida directamente a la psicoterapia como un espacio neoliberal, privatizador de los malestares de las mujeres y a la psicoterapia feminista en particular, como una contradicción, porque no está al alcance de todas y esa desigualdad en el acceso, reproduce un sistema capitalista y de privilegios (Castillo, 2018). Parte de estas afirmaciones son verdad. Se ha fomentado una psicología como producto de mercado, el sistema capitalista ha comercializado las emociones, transformado el malestar e insatisfacción en otras formas de consumo y fomentado el individualismo como una autogestión posible, donde se necesitan más productos que personas alrededor; muchas soluciones a los malestares parecen estar a “10 pasos para” y son soluciones que cualquiera puede implementar si sigue la receta del gurú de turno. La psicoterapia feminista intenta responder: Si bien existe un espacio seguro e íntimo de trabajo en la psicoterapia individual, este no necesariamente debe reproducir lecturas neoliberales centradas en el individuo y la psicologización. El trabajo con la subjetividad en clave feminista, implica una lectura social y política de los malestares (Velasco, 2006) y en una relación profesional, sí, existe una relación de poder, que no es lo mismo que un abuso de poder. Algunos ejemplos, como los que se mencionan desde Chile, por parte de

algunos colectivos, recalcan la importancia de tener una conciencia sobre la violencia de la desigualdad en el acceso a la salud y la gran demanda de atención que, por ejemplo, ha traído la pandemia. Se han creado formas nuevas de vínculo con el sistema de salud público en red (Cuerpo Clínico Desir) y al mismo tiempo, en consulta privada trabajan con arancel diferencial, es decir, el pago se acuerda según las posibilidades reales de cada paciente o consultante; se trata de una ética profesional que, sin querer romantizar el tema respecto al intercambio de dinero, requiere generar ingresos para sus profesionales, no enriquecerlas a costa del sufrimiento ajeno. Se otorga especial valor al trabajo de la paciente, su constancia, asistencia, puntualidad, interés en su propio proceso, como pago simbólico y también algunas mencionaron haber funcionado mediante el trueque, es decir, intercambio de otro tipo de servicios o productos que no involucran dinero.

Patricia Rey (2021), dice “todas atamos y desatamos”, refiriéndose a que le gustaría que el feminismo escuchara y diese voz a las mujeres locas, que el feminismo loco puede construir realidades feministas transformadoras, si es que es considerado e incorporado dentro del feminismo, en vez de excluido. Desde esta perspectiva, en Chile, el resentimiento con la psicoterapia feminista se relaciona con que las profesionales de esta área, no han tomado un posicionamiento más radical ante los abusos y las violencias del sistema psiquiátrico sobre las personas (Castillo, 2019), así como tampoco, señalan, existe dentro del movimiento feminista, un espacio real para las locas. Por otra parte, como comentaba un entrevistado en España, el mismo hecho de hablar de diagnósticos, supone una universalidad atemporal y objetiva que está condicionada, es decir, al diagnosticar una experiencia subjetiva (de locura o sufrimiento psíquico) se le quita el carácter de subjetiva; o una activista que nos compartía que al recibir un diagnóstico es imperativo aceptarlo, para que la psiquiatría entienda que comienzas el camino de la cura.

La locura no tendría una connotación objetiva o científica; reivindicar esa palabra es una forma de reparación del estigma que ha recibido históricamente. El ejemplo de los diagnósticos, es sólo uno de los implicados en la frontera entre cordura y locura. Es importante pregunta por esta frontera, la posibilidad de plantearnos esta relación en continuos; cuestionar las certezas que sostienen la salud mental hasta hoy, en la necesidad de escucha de las voces en primera persona, para poder entender mejor dónde nos situamos y cómo.

VIII.4. Trabajo práctico en espacios terapéuticos feministas, así como en activismos locos relacionado con los cuerpos, en Chile y España.

VIII.4.a. Cuerpos sobrexigidos como herencia de la misoginia

Las primeras capas que emergen en las entrevistas se relacionan con una sobrecarga de trabajo, una sobrexigencia en los cuerpos de las mujeres relacionadas con asuntos familiares, laborales, donde la conciliación familia/trabajo, la responsabilidad sobre los cuidados y todos los aspectos (re)productivos de la vida no han cambiado su recarga sobre las mujeres. La obediencia incrustada a determinados roles de género como una de las causas de malestares más presentes. También surgen cuerpos sometidos, atrapados en relaciones que en distinto grado pasan por la violencia patriarcal: estructural, psicológica, física, sexual y vicaria. Abuso sexual en la infancia y en la juventud como algo muy común, tanto en Chile como en España. El cuerpo tiene memoria, carga las consecuencias de habitar culturas sexistas que han cosificado los cuerpos de las mujeres, los han mercantilizado, sometido y silenciado (Barrera, 2021).

Aunque en esta investigación no se ha profundizado en la obsesión por los modelos estereotipados e imperantes de belleza de cuerpos blancos, delgados, siempre jóvenes, operables, la tiranía de los cuerpos (tanto en Europa como en Latinoamérica), sí aparecen nombrados por bastantes terapeutas los problemas frecuentes con trastornos alimentarios en mujeres cada vez más jóvenes, excesivo control de calorías y kilos, ayunos y dietas cada vez más diversas, sitios virtuales de consejos para no comer y secretos para engañar al entorno al respecto. Comunes y severos problemas de autoestima, de aceptación y contacto con el cuerpo, sentimientos de insuficiencia, el aumento de autolesiones por parte de jóvenes; en resumen, una pelea constante entre las mujeres y sus cuerpos, por el peso, la talla, la estatura, los pelos, el color, las arrugas, las canas, etc. La gordofobia, es un ejemplo donde estos parámetros de belleza coloniales, empujan a los cuerpos gordos a ser etiquetados como cuerpos no sanos, no normales (Masson, 2014). Las temáticas de este párrafo contienen material para unos cien trabajos de fin de máster o más.

VIII.4.b. Cuerpos en espacio seguro y ética feminista

Ya sea por quienes la realizan, como profesionales, o por quienes han participado de espacios psicoterapéuticos feministas, lo señalan como un espacio seguro y distinto, en tanto que los abordajes y lecturas que se trabajan, respecto a diversos malestares, sufrimientos o

traumas, incorporan –entre otras cosas- lecturas relacionadas con la socialización de género y la misoginia, como, por ejemplo, violencias y abusos recibidos por el hecho de ser mujer “loca”.

Es claro el relato que nos entrega en la entrevista, una mujer de 44 años que ha sido psiquiatrizada: después de haber estado 20 años con un diagnóstico determinado, atravesando internaciones forzadas, contenciones mecánicas, efectos secundarios nocivos de los medicamentos, conocido diferentes psiquiatras y psicólogos, llegó a una psicoterapeuta feminista y pudo hablar por primera vez sobre los abusos sexuales recibidos en su infancia, relacionarlos con el sufrimiento que la ha acompañado por todo este tiempo, darle otras explicaciones y sentidos más justas y reparar en algo la sensación de ser ella la que había estado funcionando mal, o tenía un problema químico a nivel cerebral. Mientras que, cuando comparte su experiencia con el psiquiatra (hombre), él niega esa lectura, “aclarándole” que los abusos en su infancia no tienen nada que ver con su diagnóstico. Esto es un ejemplo en la práctica, del concepto de injusticia epistémica propuesto por Miranda Fricker (2017) y una aberración ética, desde una perspectiva feminista.

Es una injusticia epistémica testimonial, por el hecho de invalidar el relato de la mujer, posicionándose desde un lugar de poder en su rol de hombre profesional, imponiendo una mirada médica a la propia experiencia de ella, lo traumatizante de los abusos sexuales de los cuales fue víctima y la relación que ella estaba estableciendo entre su diagnóstico y esa dolorosa historia ¿Por qué este psiquiatra hombre se da el derecho de hacer semejante barbaridad? Algunas hipótesis que se pueden levantar desde el concepto de injusticia epistémica son: uno, el estatus profesional que se atribuye, él es médico y ella una paciente; dos, tiene en frente a una mujer con un historial de tratamientos e internaciones, que la hace perteneciente a un colectivo “menos creíble”; tres, probablemente opera una homogenización categorial sobre todas las mujeres que han recibido ese diagnóstico en particular, como mujeres inestables, lábiles, impulsivas, depresivas; cuatro, porque dentro de su paradigma médico no cuadra establecer una horizontalidad con la paciente, ni validar su testimonio por sobre las explicaciones que le ha proporcionado a él mismo la psiquiatría; cinco, porque él es hombre y ella es mujer.

Una ética feminista en un contexto psicoterapéutico, como se ha mencionado anteriormente y ante este ejemplo, pondría en primer lugar lo que la mujer interpreta sobre su propia experiencia, optaría por un rol de contención, escucha, propiciando un espacio de cuidado y dando relevancia a la vivencia corporal y subjetiva respecto a los abusos, descartando protagonismo de “fallas cerebrales” y resignificando las causas de su propio diagnóstico o historia médica, es decir, que este tipo de violencias, como es la sexual infantil, la violación,

no es un hecho aislado, ni particular, ni individualizable (Barrera, 2021). Es parte de un sistema de violencia estructural patriarcal, capitalista, colonial, que ha ejercido dominio, explotación y sometimiento sobre los cuerpos más vulnerables. Y uno de los aspectos más dolorosos, es que estos cuerpos, muchas veces experimentan ese sufrimiento como si tuvieran una responsabilidad (o culpa) al respecto, cargando secretos y vergüenzas que no les pertenecen.

El feminismo es capaz de señalar estas bases sistémicas naturalizadas sobre las que hemos desarrollado nuestras historias. Chile es un país donde es obvio temer que una niña pueda sufrir un abuso sexual: Cualquier hombre extraño es una amenaza, y muchísimas veces el riesgo está en la propia familia o cercanos. Si la madre reconstruye su vida con una nueva pareja, suele ser visto como un factor de riesgo si hay niños, a nadie nunca no se le pasa por la cabeza. Esto es “lo normal”: tener ojos extra vigilantes sobre los cuerpos de niñas y niños para que no sean abusados... ¿Esto es lo normal? Eso en el mejor de los casos. En hogares donde prima el cuidado y siempre habrá una antena encendida al respecto, será de esa manera; pero ya si las niñas, los niños, están más expuestos, en hogares de menores, en contextos con adultos en adicciones (sin ir tan lejos, el consumo de alcohol es cosa seria), en condiciones de hacinamiento, en situación de calle, es casi 100% seguro que serán abusados. En Chile el abuso infantil es un delito penado por la ley, sin embargo, la cultura del abuso y de violación que lo sustenta, es parte de un sistema patriarcal, colonial de sometimiento y degradación del cuerpo más débil, que está incorporado. Casi todas las mujeres (por no decir todas) tienen una memoria corporal propia o en su entorno cercano, relacionada con el acoso o el abuso sexual. Si hablamos de estadísticas y prevalencia, esto es lo normal.

Por otra parte, urge el desprivatizar las experiencias personales para convertirlas en políticas de cambio, ese malestar particular que ha sido vivenciado como un desajuste individual respecto del mundo, compartirlo como un mensaje hacia el colectivo de mujeres para que puedan identificarse y desmitificarlo de la carga psicologicista individualizadora. Una descolonización de la ciencia de la psicología aprendida, androcéntrica y patriarcal (García Dauder, 2019b).

Otro aspecto que emerge relacionado con la ética feminista en la práctica terapéutica tendría que ver con estar permanentemente en revisión por parte de las terapeutas, participar de procesos de supervisión, para promover la reflexividad constante, la interpretación y generación de conocimiento en grupos, a través de la discusión y el intercambio de miradas entre profesionales, evitar el carácter de saberes concluidos, sabidos y estáticos: la desobediencia a las teorías y formatos aprendidos en la academia (Barrera, 2021). Valorar el error, el cambio de opinión, la reorientación con las otras, donde esas otras pueden ser colegas,

pacientes o consultantes y, por supuesto, el contrapunto que puede ofrecer un colectivo como el activismo feminista loco y como propone Patricia Rey (2021), que la locura nos enseñara más cosas y el feminismo le diera más voz al feminismo loco. Se conforma así una premisa sobre la que habría insistir más, ya apuntada antes: la escucha permanente, la capacidad de re y (de)construcción dinámica y constante con las otras, con lo Otro.

VIII. 4.c. Algunas problemáticas sobre la agencia

Desde algunas psicoterapeutas entrevistadas -mayormente chilenas- aparece una sospecha y distancia con conceptos como amor propio, empoderamiento y algunas interpretaciones de agencia. Desde una mirada interseccional, que pone énfasis en las distintas realidades de opresión desde la sociedad, afirman que no siempre es posible “empoderarse”, “quererse antes una misma” o “agenciarse” la vida, señalando una banalización y comercialización de este tipo de conceptos.

La agencia es un término que presentaría un continuo entre un proceso de apropiación responsable de la problemática específica que trae la consultante y las dinámicas de desigualdad de cada contexto, los ejes de opresión que operen sobre su cuerpo. No siempre existen las posibilidades de escoger o se tienen las fuerzas para hacerlo. Desde ese lugar de vulnerabilidad, se levantan voces que señalan la necesidad de poner la terapia como un espacio de cuidado y de estar al servicio de la paciente, con un énfasis en la contención y la escucha compasiva de ese dolor. En este sentido, la agencia es un arma de doble filo en materias feministas, porque, efectivamente puede implicar un empoderamiento y reapropiación del malestar para activar un cambio; pero al mismo tiempo, imprime una presión individualizadora, que puede ser un peso más para su espalda, tras un mandato de “power girl” o “tú puedes” que responde más a lógicas neoliberales y marcas de ropa, que a contextos terapéuticos. Los cuidados y espacios de contención propios de encuadres terapéuticos, según lo que señalan algunas entrevistadas, requieren del respeto de los tiempos de la propia consultante, evitar la utilización de términos como “resistencia” y asumir una responsabilidad compartida ante la toma de decisiones, para de sentirse “preparada” de asumirlas (García Dauder, 2019a).

VIII.5. Difracciones finales: Corporalidades y subjetividades Ch’ixi

Para una aproximación final al tema de esta investigación, relacionada con el abordaje de los cuerpos y subjetividades en contextos feministas de atención a la cordura y locura, hemos recorrido el camino al revés. Partimos desde el modelo de salud mental biomédico hegemónico

del cual la perspectiva crítica feminista se ha divorciado hace décadas. Luego, quisimos poner en diálogo dos miradas distintas y encontradas, pero unidas en la oposición al modelo biomédico hegemónico: de la psicoterapia feminista y el activismo feminista loco, interpelándolas en un tema común: qué lugar ocupa al cuerpo en sus propuestas. Posterior a eso revisar qué se podía observar en los contextos chileno y español.

En el camino fue necesario situarse y posicionarse bajo perspectivas epistemológicas, como brújulas conceptuales, teóricas, intuitivas, en varias capas de comprensión que hemos ido desplegando a lo largo de este capítulo y que abren proyecciones para continuar el desafío de la pregunta por el cuerpo en relación a la subjetividad. Lo Ch'ixi aparece como un concepto orientador, inspirador y reapropiado para abordar estas temáticas.

Si bien, frente al modelo de salud mental biomédico, centrado en sintomatología, diagnósticos y tratamientos a base de medicamentos, el feminismo se posiciona en bloque como una teoría crítica, luego los acentos de cada feminismo, son muy importantes puesto que ponen énfasis en aspectos epistemológicos fundamentales que me parecían pertinentes en contextos de subjetividad y corporalidad, como por ejemplo, el colonialismo interno y la decolonización de prácticas que propone el feminismo decolonial o el concepto de interseccionalidad de los feminismos afrodescendientes de la segunda ola y sus anclajes a la desigualdad y desmantelamiento de universales. O el cuestionamiento sobre el sujeto mujer y la construcción social del género del feminismo postestructuralista, poniendo énfasis en el lenguaje para acceder a la naturaleza como materialidad. La importancia de responsabilizarse de que vemos según quiénes somos y que somos cuerpos en contextos específicos, con dinámicas propias y perspectivas limitadas, pues siempre tenemos puntos ciegos. Cuerpos que tienen una materialidad o una biología, pero que se “juegan el pellejo”, prueban sus límites en otros planos: social, político, simbólico, emocional, afectivo, representacional, económico.

El cuerpo y la interseccionalidad pueden ser elementos de difracción en el diálogo entre locura y cordura, es decir, sitúan y abren posibilidades al mismo tiempo. El cuerpo y la interseccionalidad están especialmente vinculados. Tener una perspectiva interseccional política y activa, nos obliga a situarse desde los cuerpos, como un punto de partida y llegada. Un deber ético constante y consciente que nos ancla no sólo en su materialidad, sino en todos sus planos de significación y relación con otros cuerpos y con el entorno. Cada cuerpo puede tener una lectura interseccional y eso significa que está en relación con otros cuerpos en un contexto dado, que puede tener zonas de opresión y de privilegio. En este sentido, ambos conceptos son anclas para el análisis, reflexión y prácticas en materia de salud mental o de cordura y locura. Particulariza desde dónde se habla y desde dónde se escucha también.

Entonces, ¿qué tiene que escuchar el sistema de salud mental de los feminismos activistas y psicoterapéuticos? ¿Qué tienen que escuchar las psicoterapias feministas de los activismos feministas locos en primera persona? ¿Qué les dice a las psicoterapeutas la palabra cuerdisimo? ¿Qué tiene que escuchar la heteronormatividad de las disidencias sexuales? ¿Qué tienen que escuchar las ciencias “psi” de la locura?

La locura puede ser una aliada para cuestionar la normatividad que constriñe los cuerpos y subjetividades (Plaza, 2021). Un dualismo a revisar en psicoterapia tiene que ver con el estigma de la locura y que debemos estar lejos de ella, cuando tal vez haya que acercarse. Cuidando el no apropiarse del discurso, ni romantizarla, ni banalizar el sufrimiento psíquico, promover el acercamiento al conocimiento que ha generado la locura, porque sí tiene mucho que decirnos sobre el cuestionamiento a la norma. Como comentaba una de las personas entrevistadas, tampoco se trata de reproducir un diálogo dicotómico entre activismo loco y psicoterapia, donde el activismo critica a la terapia por individualizar y privatizar los malestares y la terapia al activismo por negar la responsabilidad individual para luego ir al colectivo; debemos ser capaces de proponer espacios de escucha que enriquezcan las prácticas de cada colectivo. Para esto, aterrizar y politizar la interseccionalidad podría presentarse como una deconstrucción de prácticas monolíticas y hegemónicas por parte de la psicoterapia, para establecer puentes de comunicación con el activismo loco, y que requieran una revisión interna como práctica heredada de la psicología androcéntrica. “Podemos expandir el feminismo al orgullo loco, abrimos, explorar desde la locura como apertura y no como diagnóstico final, desentrañar los entramados que acentúan el sufrimiento psíquico, aceptar que la cordura tampoco es tan sana” (Rey, 2021, pp. 80)

En territorios colonizados, la deconstrucción interna de la psicoterapia desde el feminismo decolonial implica la revisión constante en colectivo. En algunos casos la recuperación de saberes y prácticas sanadoras presentes en las memorias y culturas de los pueblos previas a la colonización, propias de sabidurías ancestrales, que han sido devaluadas por la modernidad y su culto a la razón, cosificación de lo corporal y adoctrinamiento espiritual desde la moral religiosa judeo-cristiana, cuestionando y criticando esas obediencias.

Decir Yo, es decir cuerpo y decir nosotras, también. Pero, el lenguaje ha separado la mente y el cuerpo, el conocimiento moderno que hemos heredado en las escuelas de psicología ha hecho lo suyo.

Un reto en adelante, es ampliar la pregunta y la práctica relativa con el cuerpo en estas áreas de la cordura y la locura: cómo se construyen nuestras identidades corporales, cuáles son sus afluentes (Gargallo, 2014); cómo se construye la subjetividad con códigos sociales

corporales aprendidos, qué se pone en juego en la socialización corporal, leer los cuerpos como significantes abiertos más allá de categorías clasificatorias y discriminatorias (Platero, 2012); cuánto blanqueamiento está operando en diversos escenarios, qué tienen que ver las emociones con el cuerpo, con los espacios (Rodó-Zárate, 2021); cómo afectan los cuerpos en el vínculo terapéutico y cómo hacer que esa relación sea más consciente y reparadora; cuáles elementos de exclusión operan dentro de los colectivos, cuáles son las heridas coloniales que cargamos en nuestros cuerpos y qué prácticas nos impulsan a decolonizarlos (Rivera, 2010); qué cuerpos definen qué sujetos políticos, hasta dónde llegan los feminismos. Uno de los retos más claros que nos deja esta investigación continuar el fortalecimiento en la incorporación del cuerpo en la psicoterapia feministas y el activismo feminista loco, creo que uno de las principales conclusiones a las que podemos llegar es esa: traer el cuerpo a este escenario es una tarea grande y compleja, delicada. El cuerpo nos pone en una situación de difracción temática, porque de entrada no es un cuerpo, son los cuerpos y qué cuerpos.

La interseccionalidad y los desafíos que conlleva el traerla a la práctica en distintos contextos, es situarse desde los cuerpos, sus significaciones, relaciones. Es una clave para abordarlos, y para eso es preciso reconocer los privilegios sobre los que nos sentamos y cómo se traducen en lo que hacemos a diario, los lugares que ocupamos, dónde vamos, con quiénes, cuáles son nuestros proyectos y cuáles son los cuerpos que los hacen posible. Desde una academia en Europa, probablemente quienes lean este documento algún día, sean personas privilegiadas.

Es necesario profundizar en una conciencia crítica de las relaciones de poder. Siempre nos encontramos en relaciones de poder y desde ahí es importante escuchar las miradas contrapuestas del activismo loco, de lo valioso del conocimiento en primera persona en tanto es reparador, colectivo y un espacio de desarrollo de autonomía y apropiación. El trabajo colectivo, como los grupos de apoyo mutuo entre pares y en primera persona, que rompen la exclusión y el aislamiento social. Fortalecer la relación con el activismo loco en la crítica sobre el cuerdisimo y el desplazamiento de las fronteras sobre la normalidad (Plaza, 2021). ¿Es defendible una normalidad que, mediante los psicofármacos, adormece las emociones a una persona por 12 años? En los relatos de personas psiquiatrizadas aparece un señalamiento hacia la negación generalizada que tienen los profesionales de la salud por desmedicalizar a una paciente que tiene la intención de hacerlo, por ejemplo, y lo asumen como un temor por alejarse de lo conocido. Esto se podría interpretar tanto como una responsabilidad profesional que evita experimentar con sus pacientes a riesgo de una descompensación mayor, que incluso podría llegar a la muerte; pero también como un apego ciego a lo conocido como única forma de hacer

las cosas (o irresponsabilidad profesional desde una ética feminista y decolonial). Como si probar otras fórmulas fuera hablar de cosas que ocurren en otro planeta, como menciona un entrevistado -que es profesional de la salud y activista del movimiento loco al mismo tiempo- bueno, en muchos aspectos quisiéramos vivir en otro planeta. Más que las posiciones cerradas y decidir por una vereda, lo relevante está en la permanencia de la pregunta, para que esta permita ampliar ese desplazamiento de la normalidad/cuerdismo hacia las esferas de lo blanco, de lo hetero, lo europeo, lo racional, lo académico, lo científico, lo familiar, lo institucional.

La importancia de lo colectivo es un aspecto que aparece fuertemente en círculos feministas, que debe prevalecer y fortalecerse más en ámbitos profesionales, pensar, estudiar promover espacios colectivos, situarse y posicionarse en grupos de pares para analizar casos, compartir saberes, pensares, en contraposición a la individualización y lo solitario del trabajo clínico, como por ejemplo en el grupo Cuerpo Clínico Desir en Chile⁹, o el equipo de Psicoterapia y Transformación Social en España¹⁰. Hacer institución desde otro lugar.

Al mismo tiempo, se plantea la necesidad de mantener un lenguaje común con otras áreas de la salud, tales como nutricionistas feministas, psiquiatras, abogadas y buscar formas de fortalecer la interacción entre la salud pública y la privada, construir nuevas y distintas formas de trabajo en red de manera que el acceso sea más amplio y el feminismo pueda abarcar más espacios.

Finalmente, insistir en la escucha desde la psicoterapia feminista hacia el activismo feminista loco, para no reproducir violencias ejercidas históricamente por las ciencias “psi”, promover la voz de la primera persona en contextos de salud, priorizar la historia y la voluntad de la consultante antes que su diagnóstico, promover espacios de construcción conjunta que se conduzcan hacia prácticas que decolonicen que quehacer y el saber en locura y cordura, incentivar la autogestión, el fortalecimiento de redes o grupos de apoyo, generar espacios híbridos e interdisciplinarios con la creatividad, el arte, el teatro, la arteterapia, que permitan entender desde otros lugares el trabajo con la corporalidad en la reelaboración, creación y expresión del mundo emocional con otros lenguajes. Algunos ejemplos de acciones en este sentido se pueden observar en el Colectivo Libremente en Chile¹¹ y en la asociación La Porvenir, en España¹².

⁹ Cuerpo Clínico Désir (@cuerpoclinicodesir) • Instagram.

¹⁰ <https://psicoterapiafeminista.info/>

¹¹ <https://www.facebook.com/Colectivo-Libremente-336670259864533/>

¹² <https://laporvenir.org/>

IX. Concluyendo con los pies en la cabeza

“Sospecho que la mente, como los pies, trabaja a cuatro kilómetros por hora” (Solnit, 2015, p.30)

El camino de esta investigación hemos intentado recorrerlo, integrando el cuerpo y la mente, la cordura y la locura. Nos hemos acercado a la psicoterapia feminista y al activismo feminista loco en primera persona, para preguntarles sobre sus premisas teóricas y prácticas en torno al cuerpo y qué posibilidades, dificultades y proyecciones podían desprenderse de esa conversación, tanto en Chile, como en España.

El primer paso fue explorar la relación entre psicología, locura y feminismos desde sus comienzos hasta hoy, donde se hizo evidente la crítica abierta y contundente hacia el sistema de salud mental. Hemos visto cómo los movimientos sociales de los años 60, la segunda ola del feminismo y su crítica al sistema biomédico de salud como opresión de las mujeres, y los enormes aportes de los feminismos negros respecto a la interseccionalidad, sentaron las bases para el surgimiento de la psicoterapia feminista y el movimiento feminista loco. Ambas corrientes levantan sus propias críticas y comienzan sus prácticas en resistencia al sistema de salud hegemónico, contraponiendo una perspectiva social como origen de los malestares de las mujeres, denunciando relaciones abusivas de poder por parte de profesionales de la salud, promoviendo el saber colectivo y propiciando los cuidados en red.

Si los movimientos feministas de la segunda ola enarbolaban el lema “lo personal es político”, la psicoterapia feminista haría lo suyo con la frase “lo político es personal” reconociendo cómo la subjetividad está constituida por una socialización sexista y patriarcal, trabajando en su deconstrucción. Por su parte el feminismo loco se podría situar desde “lo personal es colectivo”, en tanto que prescinden del conocimiento profesional y se apoyan fundamentalmente en el grupo de pares (Guzmán Martínez et al., 2021).

Cuando intentamos explorar en la relación con el cuerpo, nos encontramos con algunas dificultades: primero, aunque dentro de un paradigma feminista el tema del cuerpo no debiera ser tan lejano (eso pensaba yo), en el ámbito de la psicoterapia y el activismo feminista loco no era sencillo, no parecía tener una relación directa; incluso a veces se sentía como estar preguntando en el lugar equivocado. Era necesario ir unos pasos más atrás para introducir desde dónde y por qué llegábamos a la pregunta por el cuerpo para abordar la psicoterapia feminista y el activismo feminista loco. ¿Dónde había quedado alojado el cuerpo en el sistema de salud mental que hemos heredado de la modernidad como conocimiento hegemónico, androcéntrico

y colonizador? Desde ese primer punto de partida, revisamos la relación histórica entre la psicología, los feminismos y la locura y qué rol había jugado la corporalidad en esos procesos.

Fue necesario ir identificando qué aspectos de la corporalidad, son los que emergen principalmente dentro de los feminismos, que estén en conflicto, o sean los principales focos temáticos en el área de la subjetividad, entre ellos: la dificultad y el esfuerzo que requiere estar dentro de la normalidad y la productividad que conlleva; los mandatos de la heteronormatividad y la exclusión de los binarismos; las desigualdades que conlleva la jerarquización de los cuerpos, según distintos ejes de opresión; cuerpos que han convivido por años con psicofármacos y/o el sometimiento de su propia voluntad.

Estas aproximaciones a lo corporal y la subjetividad, se cruzaban con las diferencias entre psicoterapia feminista y activismo feminista loco. ¿Cómo se apropiaban de la pregunta por el cuerpo, desde qué lugares y qué aportaciones conllevaba una perspectiva feminista, desde ambas posiciones? a veces el tema del cuerpo se escapaba, se desconocía y a veces se hacía tan evidente como, por ejemplo, en las consecuencias directas de los tratamientos psiquiátricos farmacológicos o internaciones sobre mujeres sobrevivientes de la psiquiatría.

Hemos visto también, cómo dentro del universo “mujeres”, los cuerpos están atravesados por categorías que las posicionan en distintos ejes de opresión y/o privilegio: cordura/locura; blanquitud/racialización; hetero/disidentes; profesional/consultante. La interseccionalidad nos ayuda a comprender mejor el conflicto de las relaciones de poder. Muchos de los malestares actuales relacionados con el sufrimiento psíquico, pueden estar originados en la falta de poder, estar en posiciones de subordinación, desigualdad o sometimiento en la interrelación social.

Sin embargo, la interseccionalidad es un concepto difícil de asir, se menciona la importancia de tenerla presente y al mismo tiempo se observa un consenso en la dificultad de llevarla a la práctica, de un cierto debilitamiento de su politización y de su capacidad de transformación.

La construcción de categorías y su consiguiente conformación de identidades, implica también dinámicas de exclusión dentro los propios grupos, en un ejercicio de priorización sobre qué categoría es más importante en cada contexto, por ejemplo, hemos visto que, en grupos del activismo loco en España, son principalmente liderados por hombres y en los espacios separatistas conformados sólo por mujeres, se han minimizado problemáticas raciales o de personas trans. Observamos que la interseccionalidad puede ser mixta, es decir, que un mismo cuerpo puede ocupar espacios de privilegio en determinado contexto y al mismo tiempo de

opresión en otros. Siendo la relación de los cuerpos con el espacio, algo determinante en cómo será la experiencia de exclusión o de pertenencia.

Por otra parte, la normalidad, se convierte en un concepto que se ha alejado de lo sano para los cuerpos y tanto psicoterapeutas como activistas del movimiento loco, son muy críticas con él. La culpabilización sobre un deficiente multi-desempeño individual, es una de las expresiones más comunes de esta normalidad neoliberal (de hágase usted mismo) y es cuestionable, puesto que el sufrimiento que puede acarrear un diagnóstico psiquiátrico, por ejemplo, puede que tenga menos relación con un desbalance químico que con factores sociales de exclusión, capacitismo y estigmatización. Desde esta perspectiva, la responsabilidad de ese sufrimiento es compartida, es social.

Al desmenuzar qué implica este desmantelamiento de lo normativo, dentro de las entrevistadas emerge fuertemente la heteronormatividad como una imposición que ha calado profundamente las pieles, los músculos y los esqueletos de la cultura. Es necesario aclarar que la crítica sobre la heteronormatividad no es un ataque hacia la heterosexualidad, en tanto preferencia u orientación sexual, más bien implica el reconocimiento de un orden de género dicotómico, binario y de sometimiento patriarcal, puesto que conlleva mandatos de género que producen mucho malestar y obediencias en las mujeres, ese “estar femenino en el mundo” del que habla Iris Young, cuerpos que han sido moldeados en una determinada socialización y a los que no se les ha permitido moverse con libertad, una sumisión como hábito aprendido de manera acrítica y un ordenamiento que reproduce estructuras jerárquicas en las relaciones de poder.

Por otra parte, la heteronormatividad, produce sufrimiento en todos los cuerpos que no encajan en los moldes de hetero y de los roles femeninos y masculinos. Todo cuerpo que se defina no binario está fuera de la heteronormatividad y por lo tanto es excluido de esa esfera de normalidad, que es la hegemónica. Hemos escuchado en relatos de terapeutas que cuando se niega la sexualidad o sexuación de una persona, se niega a la persona; la sexualidad podría considerarse como un sinónimo de subjetividad. Hablar de nuevas sexualidades es una convención académica o científica, porque esas sexualidades han existido siempre. En este sentido, desde una perspectiva psicoterapéutica con ética feminista desde la que hablan la mayoría de las personas entrevistadas, el cuerpo y la sexualidad deben ser defendidos como terrenos abiertos con aproximaciones lejanas a binarismos, entre otros aspectos, porque los binarismos son excluyentes y negadores de la diversidad.

En relación a los aspectos teóricos y críticos en psicoterapia feminista y activismos locos feministas relacionado con los cuerpos, que nos encontramos, surgían elementos que, con

algunos matices, eran coincidentes en los espacios consultados, tanto en España, como en Chile. Respecto al posicionamiento feminista desde el que nos situamos en esta investigación, ya sea en psicoterapia o en activismo loco, éste es consciente y resiste a un sistema capitalista, patriarcal, colonial y misógino, que le interesa mantener un orden funcional, movido por poderes económicos, políticos, extractivistas, explotadores, donde los cuerpos se homogenizan en función de la productividad; esta es la normalidad de los tiempos que corren. Y así como el sistema no es neutral, una ética feminista situada en el cuerpo dentro de la psicoterapia, tampoco pretende serlo y no busca el ajuste o adaptación de la persona al sistema, más bien se levanta como un espacio de reconocimiento (a nivel simbólico y práctico) y de resistencia hacia las opresiones de la socialización de género, las desigualdades, las violencias que operan sobre los cuerpos de mujeres, niñas y todas las corporalidades que están fuera de la identidad hegemónica del hombre, blanco, heterosexual, productivo. Mientras más se alejen los cuerpos de ese modelo, más opresiones recibirá del medio y, por lo tanto, más cuidado exige a los espacios terapéuticos, precisamente, por los eventuales privilegios de terapeutas que se pongan en juego, desde puntos ciegos.

El posicionamiento del activismo feminista loco respecto al sistema patriarcal, capitalista, capacitista y racista, se encuentra con dificultades mayores, en la medida en que las mujeres locas o con sufrimiento psíquico, muchas veces no son reconocidas como iguales, por parte de sus propias compañeras feministas profesionales de la salud mental, lo que las pone en un sitio de injusticia epistémica, en distintos ámbitos. Por otra parte, resisten en posiciones de menos poder y más desventajas sociales, económicas y de acceso a derechos para acceder a espacios laborales, académicos, y sociales que las marginan y reproducen violencias estructurales. A esto habría que agregar, la subordinación de su condición de mujeres dentro de las demandas del activismo loco en general, y/o de mujeres racializadas o mujeres trans, dentro del feminismo loco en primera persona, tal como hemos escuchado en las entrevistas.

Por otra parte, una psicoterapia que se llame feminista debe poner en tensión constantemente las relaciones de poder, cuestionarlas y revisarlas. Trabajar en su transformación, tanto dentro del contexto terapéutico, como fuera, para no reproducir violencias de jerarquización que puedan representar relaciones abusivas, apuntando hacia el cambio personal y social. La redistribución del poder para la psicoterapia feminista, en sus distintos contextos, se relaciona no sólo con socializar el conocimiento, sino también con aprender de la otra, reconocerla como una igual, aún desde un rol profesional. De la misma forma, trabaja en la comprensión de cómo la falta de poder puede ser una de las principales fuentes de sufrimiento de una persona, cuyo origen reside ahí y no en una psicopatología;

trabaja desde la convicción de generar transformación en el ámbito social, como algo estrechamente ligado a la subjetividad.

En el interior del activismo loco, en cambio, las relaciones de poder desiguales no son tan explícitas, puesto que, con el trabajo entre pares y la prescindencia de profesionales en muchos de sus espacios, les facilitan la horizontalidad. Sin embargo, como hemos visto, no están exentos de la jerarquización de prioridades según lógicas patriarcales y de blanquitud, dentro de las propias colectividades, quedando subordinadas las necesidades de mujeres, disidencias sexo-genéricas o personas racializadas, para dar algunos ejemplos.

Una característica importantísima de una psicoterapeuta feminista es el de llevar a cabo su trabajo de acompañamiento desde un lugar situado, es decir, desde un posicionamiento político que puede ser explicitado y se transparenten puntos de vista y marcos éticos; lo personal es político y dentro de eso, la consultante es reconocida como la principal experta conocedora de su propia experiencia y quien finalmente tiene las respuestas.

Obviamente, el activismo loco feminista comparte esta característica, es decir, se posiciona políticamente de forma fuerte y clara, desde sus constructos teóricos ligados a los movimientos sociales como la antipsiquiatría y el feminismo en rebelión frente al sistema de salud mental biomédico hegemónico. Igualmente, dentro del activismo se puede observar un continuo entre una postura abolicionista del sistema de salud mental, tal y como se le conoce ahora (lo que incluye una mirada hacia la psicoterapia –aunque se diga feminista- como un espacio contradictorio e igualmente peligroso) y la co-construcción de espacios mixtos entre profesionales y mujeres locas en primera persona, pero reformando lógicas y prácticas a nivel profundo y de manera constante.

Respecto a los cuerpos de las mujeres, una de las principales observaciones de psicoterapeutas es que éstos viven sobrexigidos en una obediencia por mandatos de feminidad, por una sobrecarga de labores de cuidados, laborales, precariedad económica, desafíos profesionales, personales, estéticos y de mandatos de género, llenos de síntomas y tensiones por el día a día. Esta sobrecarga empeora cuando además existe un sufrimiento psíquico agudo, que dificulta aún más poder participar de las dinámicas capacitistas actuales.

En continuidad con este argumento, para el activismo feminista loco, el sistema de salud mental ha reproducido violencias, avalado privaciones y despojado de humanidad y derechos humanos a muchas mujeres en la historia. Recubierto por un discurso de cordura, que en su interior traía componentes de heteronormatividad y mandatos de género. Muchas mujeres consideradas brujas y locas fueron acusadas por no responder a mandatos de género de su época, y sus cuerpos sufrieron las consecuencias del control y la represión. En los relatos de esta

investigación, también hemos visto cómo el sufrimiento en los cuerpos aumenta y se agrava cuando se trata de mujeres que han atravesado años de tratamientos psiquiátricos, que pertenecen a clases sociales medias o bajas, que han recibido violencia o invisibilización, ya sea porque no se validan sus relatos, o por los efectos de los medicamentos, de las contenciones mecánicas, el aislamiento social, el aplanamiento emocional, la falta de deseo, de placer, el sometimiento de su voluntad, el estigma por su condición y un largo, largo etcétera.

En la práctica, identificar y analizar los quehaceres propios de espacios terapéuticos feministas, así como en activismos locos relacionado con los cuerpos, tanto en Chile como en España, ha sido un claro reflejo de sus posturas políticas respecto a la relación con el cuerpo, por ejemplo, donde se observa una extrañeza y al mismo tiempo un interés por vincularse más con el tema. En Chile, se presenta una marcada conciencia sobre los estragos de la heteronormatividad y la misoginia como causante del sufrimiento de las mujeres y de disidencias sexo-genéricas. Mientras que en España también, aunque surgen más matices con este concepto, quizás por el contexto de politización sobre el sujeto del feminismo (por el resquemor en algunos casos a desdibujar el sujeto mujer en leyes de autodeterminación de identidad de género).¹³

Si intentamos aproximarnos a los cuerpos de psicoterapeutas y activistas, como cuerpos sociales en acción, podríamos decir que, tanto activistas como psicoterapeutas señalan que no es posible hablar de una sola psicoterapia feminista, ni de un solo formato de activismo. Existe una diversidad en el quehacer y en el actuar que va a depender, precisamente del posicionamiento, de la conciencia de ese cuerpo colectivo como significante en cada contexto, de sus experiencias encarnadas, sus premisas, su política, sus lugares de privilegio/opresión, qué tipo de terapia y/o activismo se realice. En este sentido los privilegios tienen puntos ciegos y, generalmente, psicoterapeutas ocupan espacios de privilegios respecto a las mujeres locas.¹⁴

Por otra parte, psicoterapeutas feministas entrevistadas, tanto en Chile como en España, se desmarcan de posiciones neoliberales y de lógicas de recetas en 10 pasos para conseguir una mejor autoestima o cualquier otra cosa y, sin embargo, activistas acusan a las ciencias “psi”

¹³ Sin embargo, debo asumir que, en la elección de las personas entrevistadas, tanto en Chile como en España, en términos generales, tuve cuidado en que, de entrada, se desmarcaran de posiciones ligadas a argumentos biológicos en su definición de mujer. Ahí está mi posible sesgo y/o posicionamiento en el diseño y realización de la investigación.

¹⁴ Excepto en el caso de terapeutas migrantes, por ejemplo, donde ese privilegio se pierde tras políticas migratorias que prohíben ejercer la profesión si no es tras un proceso de homologación de altas tasas y largos períodos de espera. En ese tipo de casos, operan otros ejes de opresión y privilegio como el de ser mujer autóctona/migrante.

(psicoterapeutas feministas dentro de esa categoría) de psicologizar el malestar, olvidando su origen social. Las activistas del feminismo loco en su gran mayoría opinan que el trabajo de terapia individual despolitiza al feminismo y vuelve a encerrar en lo privado aspectos de la vida de las mujeres y disidencias sexo-genéricas, que habían conseguido ser políticos y colectivos, con un marcado acento en la mercantilización y discursos facilistas sobre la felicidad, una tendencia neoliberal en el abordaje de la salud mental.

A la inversa, en España aparece una mirada, por lo menos en nivel formal, desde algunas psicoterapeutas, y por supuesto de activistas del feminismo loco, parece haber un mayor reconocimiento a la locura y sus espacios políticos, como contextos de generación de conocimientos, lugares de enseñanza en distintos aspectos, como: la importancia de la primera persona en el levantamiento de necesidades y de prácticas; la relevancia y respeto que se le da a la voluntad de las personas con sufrimiento psíquico para decidir formas de afrontamiento de su propio bienestar; la fuerza del trabajo en red y del colectivo como sostén afectivo y de cuidados entre pares, conformándose en una política de vida; y la mayor libertad que se permiten en la experimentación interdisciplinar y creativa en sus prácticas.

En Chile, el movimiento feminista loco y psicoterapeutas parecen estar más distantes: la crítica desde el activismo es que muchas profesionales de la salud mental, que se dicen feministas, participan de espacios que aún mantienen lógicas que someten y anulan a las mujeres locas, reprimiendo su voluntad “por su bien”, con altas dosis de violencia epistémica. Como se ha mencionado, desde el activismo se evidencia un resentimiento, se refieren a la psicoterapia feminista como una contradicción, promoviendo posturas como el abolicionismo del sistema de salud mental. Mientras, algunas psicoterapeutas valoran los lugares del activismo loco como posiciones necesarias para generar cambios, en la medida que van más “al choque” y desde ahí hacen visibles cuestiones necesarias para ser revisadas. Al mismo tiempo, matizan que, desde una perspectiva clínica, no todo se trata de locura, sino de “padeceres” con distintas intensidades. Parece haber menos escucha hacia espacios de feminismo loco, como fuente generadora de conocimiento para psicoterapeutas, manteniéndose en espacios paralelos, al menos por ahora. Sin embargo, es importante no hacer generalizaciones que homogenicen la realidad de un determinado contexto. Esta observación está sujeta al posicionamiento de las personas entrevistadas y material revisado en esta investigación, que es acotado, siendo posible que eso no esté dando cuenta de una muestra representativa.

Como una consecuencia del estallido social en Chile en octubre de 2019, los efectos de la pandemia producida por el COVID19, aumentó considerablemente el malestar psíquico y

violencia de género, provocado por los largos períodos de encierro de las cuarentenas. En este contexto, se observó una sensibilidad política por parte de algunos colectivos de psicoterapeutas feministas, sobre la violencia de la desigualdad en el acceso a la salud y espacios de acompañamiento y se han movilizado para generar vínculos con el sistema de salud público en red, de forma gratuita y al mismo tiempo, en espacios privados trabajar con arancel diferencial, es decir, el pago se acuerda según las posibilidades reales de cada paciente o consultante; se trata de una ética profesional que, sin querer romantizar el tema respecto al intercambio de dinero, es operativa y política frente a la desigualdad económica.

A propósito de las malas experiencias dentro del contexto médico y psicoterapéutico una terapeuta chilena entrevistada, relataba lo que sucedió cuando ella misma visitó una nutricionista feminista, quien le ofreció disculpas (en nombre profesionales de la salud) por los tratos médicos y faltas de respeto que hubiese podido experimentar sobre su cuerpo, en el pasado. La entrevistada se sintió emocionada y lo vivenció con una reparación de sus historias médicas pasadas, que cargaban sesgos de género. Acciones como esta, podrían significar una apropiación de espacios de la salud por parte de una ética feminista transformadora.

Así mismo, en Chile y otros lugares de Abya Yala, surgen voces sobre la recuperación de sabidurías ancestrales de los pueblos originarios para la decolonización de espacios terapéuticos, como la formación en chamanismo, las prácticas de la ritualidad y la mixtura de saberes implicados en el ejercicio de sanación, como el yoga, la meditación y el arte. Aquí, se puede señalar una de las proyecciones que surgen de esta investigación vinculada con la profundización específicamente en estudios decoloniales sobre el cuerpo, la subjetividad y la proliferación de espacios creativos-expresivos como herramienta de trabajo.

En relación a la interseccionalidad, recalcar la importancia en mantener abierta la pregunta constante sobre cómo (re)politizarla y volcarla sobre las prácticas no sólo terapéuticas y activistas, sino que también académicas respecto a un compromiso social de generación (y/o extractivismo) de conocimiento. La difracción que la interseccionalidad ofrece como una polisemia de realidades, desiguales, privilegios y opresiones, que implican diversas áreas de la existencia, pueden ser entradas para la transformación social de distintos contextos, o también puede caer en el peligro de quedarse en el plano reflexivo, analítico y decorador de discursos, como una guinda perfecta para cualquier pastel.

Los desafíos en feminismos en el eje de la locura y la cordura, deben apuntar a una transformación de la cultura dominante de la salud mental, y para eso, posiblemente sea necesario trabajar en diferentes planos: incorporación del anclaje hacia los cuerpos como herramienta de decolonización y transformación; dentro del ámbito profesional de la psicología

y la psicoterapia, la continuación y fortalecimiento en la generación de teoría que pueda situarse desde la corporalidad como enunciación política para dar cuenta y profundizar en las conexiones entre factores sociales de opresión, desigualdad, subjetividad y cuerpo; así como también indagar en los nudos críticos en los ámbitos terapéuticos, como el vínculo terapéutico y las relaciones de poder.

Se abren perspectivas para estrechar la comunicación entre el activismo en primera persona y la psicoterapia feminista, generar espacios de transformación de las estrategias actuales de abordar el sufrimiento psíquico, tanto desde la teoría, como en las prácticas de afrontamiento. Para ello, fortalecer el trabajo en grupos de pares o mixtos, que se alejen de explicaciones neurobiologísticas, y así evitar la reproducción de violencias estructurales. Apuntar hacia la horizontalidad en el trabajo, promover la participación de las personas que viven el sufrimiento psíquico en primera persona, ya sea en las decisiones en contextos de salud mental, en sus comunidades y sobre sus propias vidas.

Para avanzar en una transformación en el eje de la cordura y locura, debemos centrarnos en los cuerpos, en tanto claves para ver y comprender qué tipos de opresiones y exclusiones pueden estar operando, a nivel personal, en sus entornos y dentro de los propios equipos, evitar cualquier tipo de exclusión. El rol profesional no debe ser opresivo o reductor de la experiencia, sino promotor de la co-creación de formas creativas, participativas y abiertas de trabajo, que permitan la expresión de la locura y diversos malestares; eliminar las interpretaciones cerradas y conclusivas sobre los malestares.

Para finalizar, considero importante realizar una concisa valoración de la investigación, el proceso y sus resultados.

Lo primero es mencionar la motivación intrínseca con el objeto de estudio: el cuerpo, la psicoterapia y el feminismo. Esta motivación profesional y personal, me ha acompañado y ayudado a disfrutar del camino, independiente de sus zonas más áridas, confusas o dispersas. En ese sentido, el logro de llevar a cabo la investigación significa más que un grado académico, un aprendizaje profesional.

Respecto a los objetivos propuestos, relacionados con explorar e identificar los retos, posibilidades y dificultades en el trabajo teórico y práctico de la psicoterapia feminista y de los activismos locos feministas, en relación al papel y significado que puede tener el cuerpo interseccional dentro de estas propuestas, en España y Chile, considero que se han podido abordar con cierta profundidad y han ofrecido espacio para levantar reflexiones que espero puedan ser oportunas y pueda profundizar en la práctica, fuera del espacio académico, con otras

y para otras. En ese sentido, la investigación se convierte en un paso de un proceso más amplio, que espero seguir tejiendo en redes y conexiones, ojalá insospechadas.

Las principales dificultades con las que me encontré, y que también son fuente de aprendizaje, a nivel personal, se relacionan con el temor a hacerlo mal y con estar haciendo una investigación que sirviera de algo a alguien, más que solo a mí misma. Luego en el camino me fui dando cuenta, que ese temor no era personal (sino político), era bastante compartido por muchas mujeres y es parte de lo mismo que estaba estudiando respecto a los patrones de normalidad. También, podría comentar algunas dificultades relativas a la pandemia y la conciliación con el trabajo, la vida doméstica, la familia, resolver asuntos migratorios y la distancia con los afectos, que pueden haber influido, sí.

Respecto a la metodología y el trabajo de campo, me fue difícil diseñar los instrumentos (entrevistas), pienso que se debe a una dificultad que fui observando, respecto a la capacidad de síntesis y a la elección de los temas que quería abordar y preguntar, lo que puede haber aportado un grado extra de ambición, respecto al diseño. El período de entrevistas lo disfruté mucho, todas las personas participantes fueron muy amables y receptivas y en las conversaciones iban abriendo nuevas e interesantes capas comprensivas. La transcripción de las entrevistas me tomó mucho tiempo, mucho; pero así mismo, fue un espacio que considero de lucidez en el cruce de ideas.

Los perfiles de las personas entrevistadas, se orientaron principalmente -y debo reconocerlo abiertamente- por afinidad con sus ideas y posicionamientos frente al tema, así como también por una admiración por sus trabajos y afrontamientos. En este sentido, puede que “la muestra” peque de poco objetiva y no dé cuenta de una representatividad, ni dentro del feminismo, ni dentro de la psicoterapia, ni del activismo; en todo caso, tampoco era la intención.

Al mismo tiempo puede que, frente a algunas lectoras, me posicione en un lugar híbrido o poco politizado al abordar espacios psicoterapéuticos y activistas locos en primera persona, al mismo tiempo y sin tomar partido. Sólo podría decir, que creo que la escucha de los contrapuntos siempre es necesaria y hace mucha falta, eso también es político. Para qué decir la escucha y la búsqueda por el cuerpo.

Por esta misma razón, las aproximaciones hacia cualquier tipo de resultados, reflexiones y conclusiones dan cuenta de las miradas parciales que he podido reunir y relacionar, desde la mía propia; esto aleja aún más los resultados de cualquier tipo de objetividad. Sin embargo, abre perspectivas para seguir trabajando y eso me parece positivo. Algunas de estas perspectivas se relacionan con los estudios decoloniales y su aproximación al cuerpo y la subjetividad; la generación de espacios mixtos y colectivos de construcción de

bienestar a nivel comunitario en clave feminista; la inclusión de técnicas que apunten a la interdisciplina; la construcción de más teoría y prácticas en conexión con el cuerpo y la diversidad, así como con la desigualdad de poder y sus efectos sobre la subjetividad, por señalar algunos.

Bibliografía

- Acosta, L. (2013) En torno a género y cuerpo vivido. Las visiones de Pierre Bourdieu e Iris Marion Young. *Enrahonar. Quaderns de Filosofia*, 51, 95-110.
- AAVV (2019) Guzmán, Gloria; Mendia, Irantzu; Mujiza, Itziar; Zirion, Iker; Azpiazu, Jokin; Barba, Marta; Luxán, Marta. (Coord). *Otras formas de (des)aprender: Investigación feminista en tiempos de violencia, resistencias y decolonialidad*. Donostia: Hegoa, SIMReF.
- Anzaldúa, Gloria (2016). *Borderlands / La Frontera: The New Mestiza*. Madrid: Capitan Swing Libros, S.L.
- Barberá, Ester; Mertínez Benlloch, Isabel. (coord.). (2004). *Psicología y Género*. Madrid: Pearson Educación S.A.
- Barrera, María. (2021). Apuntes sobre psicoterapia feminista. *Mundana revista de terapia feminista*, Número de lanzamiento, 9-21. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/484180551/8ca649fb-27d0-4681-ae21-099e30443a4a1605302793778>
- Bell hooks. (2017). *El feminismo es para todo el Mundo*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Burgos, Elvira. (2010). Devenires corporales: cómo pensar de un otro modo. *Thémata. Revista de Filosofía*, Segundo semestre (46), 331-343.
- Butler, Judith. (2018). *Cuerpos que importan*. [traducido al español de Bodies that matter] Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith (2020). *Sin Miedo. Formas de resistencia a la violencia de hoy*. [traducido al español de Inga Pellissa]. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.U.
- Cáceres, Pablo. (2003) Análisis Cualitativo De Contenido: Una Alternativa Metodológica Alcanzable. *Psicoperspectivas*, II(53-82) DOI: 10.5027/psicoperspectivas-vol2-issue1-fulltext-3
- Canal Encuentro (26 de mayo de 2006). *Historias debidas VIII: Silvia Rivera Cusicanqui* (capítulo completo) [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=1q6HfhZUGhc&t=2s>
- Castillo, Tatiana. (2019) De la locura feminista al “feminismo loco”: Hacia una transformación de las políticas de género en la salud mental contemporánea. *Investigaciones Feministas* 10(2), 399-416.
- Castillo, Tatiana. (2018). Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos. *Salud Colectiva*, 14(3):513-529. doi: 10.18294/sc.2018.1861.
- De Beauvoir, Simone. (1949). *El Segundo Sexo*. 13ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Penguin Random House Grupo Editorial.

- Erro, Javier (2021). *Pájaros en la Cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile*. Barcelona: Virus Editorial i Distribuïdora, SCCL.
- Fausto-Sterling, Anne. (2006). *Cuerpos sexuados: la política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina.
- Federicci, Silvia (2004). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Friccker, Miranda. (2017). *La injusticia epistémica: El poder y la ética del conocimiento*. Barcelona: Herder Editorial
- Gago, Verónica. (2019). *La Potencia feminista. O el deseo por cambiarlo todo*. Madrid: Editorial Traficantes de Sueños.
- García Dauder, Dau. (2019a). Perspectiva de género en psicología. *FOCAD Formación continuada a distancia. Consejo General de la Psicología de España*, Edición nº 40 octubre-diciembre, 3-38.
- García Dauder, S. (2016). Miradas feministas a las violencias de los dualismos de sexo/género/deseo. *Interdisciplina*, 4 (8), 31-58.
- García Dauder, S. (2019b). La teoría crítica feminista como correctivo epistémico en psicología. *ATLÁNTICAS*, 4 (1), 117-150.
- García Dauder, S.; Pérez Sedeño, E. (2017). *Las 'mentiras' científicas sobre las mujeres*. Madrid: Catarata.
- Gargallo, Francesca (2014). *Feminismos desde Abya Yala. Ideas y proposiciones de las mujeres de 607 pueblos en nuestra América*. Ciudad de México: Editorial Corte y Confección
- Guzmán Martínez, Grecia; Pujal i Llombart, Margot; Mora Malo, Enrico; García Dauder Dau. (2021). Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco: un análisis histórico-crítico. *Salud Colectiva*, 17(0), e3274. doi: 10.18294/sc.2021.3274.
- Guzmán Martínez, Grecia.; Aguirre-Calleja, Ana. (2018). Trayectorias del cuerpo en la psicopatología: un acercamiento crítico a la histeria. *Revista CS*, (26), 119-143. DOI: <https://doi.org/10.18046/recs.i26.2678>
- Haraway, Donna (1995). *Ciencia, Cyborgs y mujeres. La invención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra. Universitat de Valencia. Instuto de la Mujer.
- Huertas, María (2021). *Nueve nombres*. España: Publicado por Temporal. www.culturatemporal.com
- Gandarias, Itziar (2017): “¿Un neologismo a la moda?: Repensar la interseccionalidad como herramienta para la articulación política feminista”, en *Revista de Investigaciones Feministas* 8 (1), 73-93.

- Jabardo, Mercedes (ed.). (2012). *Feminismos Negros, Una Antología*. Madrid: Traficantes de Sueños
- López, Teresa. (2012). De Simone de Beauvoir a Judith Butler: el género y el sujeto. *Revista de pensamiento contemporáneo*, 37, 101-107.
- López, Silvia.; Platero, R. Lucas. (eds.). (2019). *Cuerpos Marcados vidas que cuentan y políticas públicas*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Lorde, Audre (1984). *La Hermana La Extranjera*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Lugones, María (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, N°9 73-101.
- Luna Magnolia (17 de marzo de 2021). Luna y Magnolia: escritos para ir construyendo mi historia y memorias. *Lokapedia*. Recuperado de <https://lalokapedia.blogspot.com/2021/03/luna-y-magnolia-escritos-para-ir.html>
- Luxan, Marta; Azpiazu, Jokin. Módulo III: Metodología Para La Implementación De La Igualdad Tema 4: Metodologías de Investigación Feminista. Extraído de <https://www.ehu.es/documents/1734204/6145705/Metodolog%C3%ADas+de+Investigaci%C3%B3n+Feminista.pdf/54172098-3058-1d47-df68-780965fa8f46?t=1513345070000>
- Martínez, A. (2015). Apuntes sobre el cuerpo en el pensamiento de Judith Butler. Aportes del psicoanálisis en la teoría Queer. *Revista Affectio Societatis*, 12, (23), 1-16.
- Masson, Lucrecia (08 de abril de 2014) El cuerpo como espacio de disidencia. *Diagonal*. Recuperado de <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/22353-cuerpo-como-espacio-disidencia.html#comments>
- Masson, Lucrecia. (01 de febrero de 2018). No se puede pensar sin el cuerpo. *Pikara magazine*. Recuperado de <https://www.pikaramagazine.com/2018/02/lucrecia-masson/>.
- Melero, Yolanda (2017). Buceando en la Diversidad Desconocida. Guía para terapeutas con pacientes Intersexualidades/DSD. Recuperado de <https://grapsia.files.wordpress.com/2018/07/buceando-en-la-diversidad-desconocida-una-guia-para-terapeutas-de-pacientes-con-intersexualidades-dsd-yolanda-melero.pdf>
- Millet, Kate (1990). *Viaje al Manicomio*. Barcelona: Seix Barral.
- Mignolo, Walter (2007). *La Idea de América Latina*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- Montecino, Sonia (coord). (2008). *Mujeres Chilenas. Fragmentos de una historia*. Santiago de Chile: Editorial Catalonia.
- Oliva, Asunción (2019). Debates sobre el Género. En Amorós, Celia; De Miguel, Ana. *Teoría Feminista: de la Ilustración a la Globalización. De los debates sobre el género al multiculturalismo*. (pp. 14 – 60) Madrid: Malpaso Ediciones.

- Organización Mundial de la Salud. (2021). Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos: resumen. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341641>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Palacio, M. (2020). Gloria Anzaldúa: *Poscolonialidad y feminismo*. Barcelona: gedisa editorial.
- Pérez Sedeño, Eulalia; Ortega Arjonilla, Esther (eds.) (2014). *Cartografías del Cuerpo Biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Platero, R. Lucas (2012). *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Platero, Lucas (coord) (2020). *(h)amor6 trans*. Madrid: Editorial Continta Me Tienes.
- Plaza, Marta (2021). *Cómos y porqués de un monográfico para la locura desatada*. Monográfico Locura Pikara Magazine. Recuperado de <https://tienda.pikaramagazine.com/descargables/189-monografico-locura.html>
- Posada, Luisa (2005). Diferencia, identidad y feminismo: una aproximación al pensamiento de Luce Irigaray LOGOS. *Anales del Seminario de Metafísica* Vol. 39 (2006): 181-201. ISSN: 1575-6866
- Preciado, Paul B. (2020). *Yo soy el monstruo que os habla. Informe para una academia de psicoanalistas*. Barcelona: Editorial Anagrama
- Reyes, M.I., Mayorga, C., & Araújo, Menezes J. (2017). Editorial Sección Temática Psicología y Feminismo: Cuestiones epistemológicas y metodológicas. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 16(2), 1-8. DOI: 10.5027/Psicoperspectivas/vol16-issue2-fulltext-1116
- Rey, Patricia (2021). *Todas atamos, todas desatamos*. Monográfico Locura. *Pikara Magazine*. Recuperado de <https://tienda.pikaramagazine.com/descargables/189-monografico-locura.html>
- Rivera Cusicanqui, Silvia (2015) *Sociología de la Imagen*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Rivera Cusicanqui, Silvia (2010) *Violencias (re)encubiertas en Bolivia*. La Paz, Bolivia: Editorial Piedra Rota.
- Rivera Cusicanqui, Silvia (2010) *Ch'ixinakax utxiwa Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Rodó-Zarate, María (2021) *Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones*. Ediciones Bellaterra. ISBN libro electrónico: 978-84-18684-67-8
- Segato, Rita (16 de junio 2014). *Jornadas de Debate Feminista [Archivo de Video]*. Rescatado de <https://www.youtube.com/watch?v=GhoRxuaSRHQ&t=3371s>
- Segato, Rita (2010). *La Guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de Sueños.

- Solnit, Rebecca (2015). *Wanderlust: una historia del caminar*. España: Capitán Swing
- Sue-Ellen, Case (ed.). (1990) Butler, Judith. Actos performativos y construcción del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Johns Hopkins University Press*, 270-282.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tineo, Jeannette (29 de diciembre de 2020). Sanación Afrocaribeña. *Pikara Magazine*. Recuperado de <https://www.pikaramagazine.com/2020/12/sanacion-afrocaribena/>
- Valles, Miguel (1999). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Velasco, Sara (2009). *Sexos, género y salud*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Velasco, Sara (2006) Evolución de los enfoques de género en salud Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. Madrid. Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud de la Mujer del Mº de Sanidad y Consumo y Instituto de la Mujer del Mº de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Vidal, Fernando y Ortega, Francisco (2021). *¿Somos nuestro cerebro?* Madrid: Alianza Editorial

Anexos

Anexo 1: Guion entrevista psicoterapeutas

I.- Psicología y feminismo

¿Cómo ha sido tu proceso para llegar a espacios de psicoterapia feminista?

¿Qué se deconstruye en la psicología con los feminismos?

¿Cómo se relaciona con los concepto de normalidad y Salud mental?

¿Cómo dialogan lo psiquis, el cuerpo y lo social en el buen vivir?

¿Cómo dialogan lo personal y lo político en el contexto terapéutico?

II.- Cuerpos e interseccionalidad:

Respecto a los cuerpos y subjetividades ¿Cuál sería la relevancia de una perspectiva interseccional en la psicoterapia feminista?

¿Cuáles son los principales motivos de sufrimiento asociados a los cuerpos de las personas que buscan psicoterapia?

¿Cuál es su opinión respecto a la influencia de la psiquiatría, los diagnósticos y psicofármacos en los cuerpos de las mujeres?

¿Cuáles son las problemáticas de binarismos y dicotomías que se proyectan en cómo vivimos nuestros cuerpos?

*(Si se relaciona con la perspectiva decolonial ¿en qué consistiría una decolonización del cuerpo?)

III Aspectos teóricos y prácticos del trabajo en psicoterapia y activismos

¿Qué caracteriza el vínculo y el encuadre terapéutico en la psicoterapia feminista? ¿Cómo se vive la relación de supuesto saber y poder entre paciente y terapeuta?

¿Cómo entiende el concepto de agencia? ¿Cuál es el rol de pacientes/consultantes?

¿Cómo influye las cadenas de cuidados en el buen vivir ¿Cuál es la importancia que se le da a los grupos de personas como grupos de apoyo mutuo, por ejemplo?

Anexo 2: Guion entrevista activistas movimiento feminista loco

I.- Activismos locos y salud mental

¿Cómo ha sido su proceso para llegar a los activismos feministas locos?

Respecto a la salud mental y los cuerpos ¿Cómo es la relación con el concepto de normalidad?

¿Cómo se relaciona con el espacio de la psicoterapia (feminista)?

Desde su perspectiva ¿Qué se deconstruye en la salud mental con los activismos locos?

Desde su mirada ¿Cómo dialogan lo psiquis, el cuerpo y lo social en el contexto salud mental?

II.- Cuerpos e interseccionalidad:

¿Qué significado le dan al cuerpo y la interseccionalidad en los activismos locos?

¿Cómo afectan la psiquiatría, los diagnósticos, fármacos y tratamientos en los cuerpos de las mujeres psiquiatrizadas?

¿Cómo han repercutido, en las experiencias corporales de las personas psiquiatrizadas, las dicotomías cuerpo/mente malestar individual/malestar social?

¿Cómo se acerca el activismo loco al concepto de agencia de los cuerpos?

¿Cómo influyen las cadenas de cuidados en la salud mental, como los GAM?

¿Cómo sería una red de cuidados óptima a nivel comunitario, en clave feminista, para la salud mental?

¿En qué medida el activismo loco es un acto resistencia?

Anexo 3: Consentimiento informado tipo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los datos y referencias entregados a Daniela Paz Farfán Montes NIE Y7472957H son exclusivamente para uso académico, en el marco del programa de estudios que sigue de Máster en Género y Políticas de Igualdad de la Universidad de Valencia.

Toda la información entregada es de carácter confidencial, pudiendo ser utilizada para el trabajo de la tesis titulada “Cuerpo interseccional: aproximaciones desde la psicoterapia feminista y activismos locos” (título provisorio).

La información entregada, o parte de ella, sólo podrá publicarse o incluirse dentro del trabajo de fin de máster, lo que es aceptado por la persona entrevistada a través del presente consentimiento.

La participante acepta que la entrevista sea grabada en registro de audio para su futura transcripción, así mismo, la entrevistadora se compromete a enviar la transcripción de la entrevista por correo electrónico.

La entrevistada puede retirarse del estudio en cualquier momento si lo estima conveniente.

NOMBRE PERSONA ENTREVISTADA, en calidad de participante declara conocer los objetivos de la investigación y su finalidad.

NOMBRE PERSONA ENTREVISTADA

FECHA