



**Universidad
Andrés Bello**

UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA REHABILITACIÓN
ESCUELA DE TERAPIA OCUPACIONAL

LA COMPLICIDAD QUE REPRODUCE LA INVISIBILIZACIÓN DEL SER MUJER
LOCA. HACIA TERAPIAS OCUPACIONALES FEMINISTAS DECOLONIALES
Seminario de Pregrado para optar a Título Profesional de Terapia Ocupacional

Autor y Autoras

José Tomás Carvajal Estay

María de los Angeles Guajardo Latorre

Andrea Fernanda Morales Rojas

Guía temático - Metodólogo: Alejandro Guajardo Córdoba

Santiago de Chile. Diciembre, 2017

DEDICATORIA

A todas las personas que forman parte de la permanente lucha hacia la transformación de las injusticias que históricamente nos han violentado, vulnerado y acallado; especialmente a las mujeres que han sido - son violentadas por el cruce de poder de la psiquiatría y el patriarcado,

Que nuestras voces y acciones sigan sembrando libertad.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todxs quienes formaron parte de este proceso, desde el más mínimo detalle, el apoyo, palabras y amor que nos entregaron y nos permitieron seguir firmes y fuertes.

A nuestras familias y amigxs por constituir un apoyo incondicional en todo momento.

A las mujeres que compartieron genuinamente sus historias de vida.

A Alejandro, por presentarnos esta hermosa perspectiva de reconocimiento y lucha.

A Lyda Pérez por compartir su sabiduría decolonial.

A nosotrxs por luchar por nuestras convicciones, por permitirnos explorar nuevas perspectivas para concebir el mundo y por la garra que nos permitió sacar adelante el proceso universitario.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
TABLA DE CONTENIDOS	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	9
I. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1. RELEVANCIA	27
II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	28
OBJETIVOS	28
1.1. OBJETIVO GENERAL	28
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
III. MARCO TEÓRICO	29
1. SALUD MENTAL EN CHILE	29
2. EPISTEMOLOGÍAS DEL SUR	33
2.1 DOBLE SOCIOLOGÍA TRANSGRESIVA DE LAS AUSENCIAS Y LAS EMERGENCIAS	34
2.2 ECOLOGÍA DE LOS SABERES Y TRADUCCIÓN INTERCULTURAL	37
3. PERSPECTIVA DECOLONIAL	39
3.1. FEMINISMO DECOLONIAL	40
3.1.1 COLONIALIDAD DEL GÉNERO	43
4. TERAPIA OCUPACIONAL HACIA UNA PERSPECTIVA DECOLONIAL	45
4.1 OCUPACIONES COLECTIVAS	48
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	50
1. CONSIDERACIONES ÉTICAS	55
V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	57
1.1 LÍNEAS ABISMALES	58
1.1.1 MONOCULTURA DE LÍNEAS JERÁRQUICAS	58
1.1.2 DISCURSO PSIQUIÁTRICO	60
1.2 SISTEMA MODERNO COLONIAL DE GÉNERO	64
1.2.1 UNIVERSALIDAD DEL SER MUJER	64

1.2.2 SER MUJER LOCA	66
1.3 PRÁCTICAS COLONIALES DE TO	68
1.3.1 MONOCULTURA DE ESCALA DOMINANTE.....	68
1.3.2 MONOCULTURA DE LÓGICA PRODUCTIVISTA	69
1.4 DESCOLONIZARSE DE LA PSIQUIATRÍA PATRIARCAL	71
1.4.1 ECOLOGÍA DE SABERES	71
1.4.2 INTERSECCIONALIDAD	75
1.4.3 CONTEXTO SITUADO.....	78
VI. DISCUSIÓN FINAL.....	80
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	92
VIII. ANEXOS	99
ANEXO 1: CARTA DE INVITACIÓN	99
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	101

RESUMEN

A partir del reconocimiento de un contexto social amplio de lucha de las mujeres por lograr el control de sus vidas y de sus cuerpos, en un escenario de múltiples injusticias instauradas históricamente, se estableció el objetivo de analizar las prácticas de colonialidad de género en dispositivos de salud mental, desde la perspectiva de mujeres del Colectivo No es lo mismo ser loca que loco, indagando sobre las prácticas ejercidas desde instituciones que abordan problemáticas de salud mental y la Terapia Ocupacional.

Esta investigación se ubicó en un enfoque cualitativo, desde un paradigma crítico con deseo decolonial. Se recabó la información por medio de entrevistas en profundidad, y para el análisis se utilizó la técnica de Análisis Crítico del Discurso con perspectiva Feminista, en torno a la experiencia de vida de tres mujeres activistas del colectivo antes mencionado.

Sustentados teóricamente por las Epistemologías del Sur y por el feminismo decolonial, se obtuvo como resultados del análisis el reconocimiento de líneas abismales en psiquiatría, en donde el discurso psiquiátrico patriarcal hegemónico reconstituye a la mujer loca como no existente. Se evidenció cómo el sistema moderno colonial de género establece una única forma de ser mujer, por medio de patrones y normas impuestas, patologizando cualquier desviación; quedando de manifiesto la ausencia de interseccionalidad de opresiones en las prácticas llevadas a cabo en los contextos de salud mental. Se reconoció al colectivo como posibilitador de la emergencia de las mujeres entrevistadas desde el no ser al ser, por medio de la resignificación del ser mujer loca, la afluencia de saberes colectivos que producen una ecología de saberes, y la práctica política basada en la experiencia concreta de opresión, desde un contexto situado que se configura con las particulares condiciones materiales y simbólicas que delimitan sus experiencias.

Finalmente, se abogó por una TO problematizadora y comprometida políticamente, que resignifique la noción del ser mujer loca despatologizando y despatriarcalizando, a partir de un desprendimiento de la tradición anglosajona de la que proviene la TO, posicionándose desde epistemologías propias del Sur.

Palabras claves: Terapias Ocupacionales, Feminismo Decolonial, Epistemologías del Sur, Resignificación, Mujer y Locura.

ABSTRACT

From the recognition of a social context of women's struggle to achieve control of their lives and their bodies, in a stage of multiple injustices established historically, the objective was established to analyze the practices of gender coloniality in devices of mental health, from the perspective of women in the Collective "No es lo mismo ser loca que loco", investigating the practices exerted from institutions that address mental health issues and Occupational Therapy.

This research was placed in a qualitative approach, from a critical paradigm with a decolonial desire. The information was gathered through in-depth interviews, and for the analysis, the technique of Critical Discourse Analysis with Feminist perspective was used, based on the life experience of three women activists from the aforementioned group.

Supported theoretically by Southern Epistemologies and by decolonial feminism, the recognition of abysmal lines in psychiatry was obtained as a result of the analysis, in which the hegemonic patriarchal psychiatric discourse reconstitutes the mad woman as non-existent. It was evidenced how the modern colonial system of gender establishes a unique way of being a woman, by means of imposed standards and norms, pathologizing any deviation; making clear the absence of intersectionality of oppression in practices

carried out in mental health contexts. The collective was recognized as a facilitator of the emergence of the women interviewed from non-be to be, through the resignification of being a crazy woman, the inflow of collective knowledge that produces an ecology of knowledge, and political practice based on concrete experience of oppression, from a situated context that is configured with the particular material and symbolic conditions that define their experiences.

Finally, it was advocated by a problematizing and politically engaged OT, which resignifies the notion of being a crazy woman, depatologizing and depatriarcalizing, from a detachment from the Anglo-Saxon tradition from which OT comes, positioning itself from Southern epistemologies.

Keywords: Occupational Therapies, Decolonial Feminism, Southern Epistemologies, Resignification, Woman and Madness

INTRODUCCIÓN

En el transcurso de este escrito utilizamos la letra X para deconstruir la noción de género, de manera de evitar el androcentrismo presente en nuestro lenguaje. Esto se torna relevante si consideramos que la realidad que habitamos se configura desde y por el lenguaje.

La presente investigación se inició a partir de nuestros intereses personales sobre temáticas relacionadas a la salud mental, por nuestras experiencias de vida y desde nuestra formación académica. Esta motivación nos llevó a asistir hace un par de años atrás a instancias de autoformación y formación colectiva autogestionada, como los conversatorios de alternativas a la psiquiatría, organizado por el Centro de Acción Crítica en Salud Mental; y a la exposición del Manual de Derechos en Salud Mental elaborado por el colectivo Locos por nuestros Derechos.

De este modo, transitando a lo que será ser Terapeutas Ocupacionales, conocimos este movimiento gestado desde (y no sobre) lxs sobrevivientes de la psiquiatría, quienes se autodenominan como expertxs por experiencia. Este concepto pone en cuestión el saber del expertx formadx para trabajar con personas con problemáticas de salud mental, que muchas veces lxs visualiza dentro del sistema de salud como seres pasivxs en que hay que aplicar un determinado tratamiento.

La inquietud por abordar la temática se origina en la participación de uno de los integrantes de esta investigación en el Colectivo Autogestión Librementemente desde hace más de dos años; este Colectivo está formado, como así lo describen ellxs, por locos y locas oficiales, extraoficiales y no oficiales, quienes luchan por los derechos y calidad de vida en salud mental en Chile. A lo largo de ese tiempo se ha vislumbrado el desarrollo de esta organización en cuanto al acrecentamiento del discurso crítico y político. En primera instancia este colectivo se circunscribía principalmente en compartir

experiencias individuales de violencia psiquiátrica, con la idea implícita de generar un apoyo mutuo y de resignificar la locura (aquello que el dispositivo médico llama trastorno psiquiátrico o enfermedad mental) generando, por ejemplo, el movimiento del orgullo loco.

Ahí, uno de quienes forman este grupo de investigación, encontró un espacio de confianza donde poder hablar sin tapujos sobre experiencias íntimas y personales que ha vivido como loco, como experto por experiencia, conociendo nuevas formas de entender la locura separada de los juicios y prejuicios que existen en nuestra sociedad. Sin embargo, en Librementepoco a poco esto se fue expandiendo a la crítica de la realidad chilena en cuanto a otras formas de medicalización de la vida social, tales como la medicación de niños rotulados con déficit atencional con la campaña “Por una niñez libre de drogas psiquiátricas”, la crítica de la violencia farmacológica que sufren niños del SENAME, y la reciente campaña "No es lo mismo ser loca que loco". En esta última campaña se develaron las experiencias concretas de doble opresión que viven las mujeres psiquiatrizadas y es el lugar de inicio de nuestra investigación.

Por otra parte, la temática feminista cobra relevancia dado que dos de nosotras somos mujeres; así, la experiencia de vivir siendo mujeres se construye desde instancias de socialización machista, tanto en los espacios públicos como privados; en los que la realidad es tensionada desde perspectivas críticas, pero no desde el enfoque de género que desnaturalicen la opresión. Desde aquí, la resistencia significó adoptar una postura política que incorporara el feminismo como paradigma de vida.

La categoría de mujer se ha construido históricamente en una posición de alteridad inferior respecto al hombre. Sin embargo, considerar a las mujeres como una generalidad unívoca, es invisibilizar las distintas condiciones de opresión que se superponen a la situación del género. El patriarcado ha diversificado y consolidado sus mecanismos de dominación, impregnándose cada espacio de la vida cotidiana.

En esta investigación, se analizó cómo se expresa la colonialidad del género en la construcción del ser-mujer loca que ha transitado por dispositivos de salud mental, con la finalidad de resignificar los conceptos de mujer y locura y reconocer la pluriversalidad de las experiencias vitales que se configuran en la intersección de estas categorías de resistencia.

Para lograr concretar el objetivo de nuestra investigación, nos posicionamos desde un enfoque crítico con deseos decoloniales, deseo en tanto somos conscientes de nuestra colonización cognitiva enmarcada dentro de nuestra (de)formación académica, y porque reconocemos la limitante del tiempo destinado a este estudio, que nos imposibilita a desarrollar plenamente el enfoque decolonial. Las participantes que contribuyeron a este proceso de investigación, son mujeres que cuentan con experiencia de psiquiatrización a raíz de su paso por dispositivos de salud mental y que, además, participan del Colectivo No es lo mismo ser loca que loco, grupalidad dedicada a la visibilización y resistencia contra la psiquiatría patriarcal. La experiencia de estas mujeres, fue materializada por medio de entrevistas en profundidad, las que fueron realizadas bajo consentimiento libre e informado. Los significados rescatados de estos encuentros fueron analizados a partir de la técnica análisis del discurso crítico feminista.

Respecto a la estructura del presente seminario de título, se desarrolló en su inicio mediante la formulación del problema en torno al ser mujer con rótulo psiquiátrico, a partir de antecedentes nacionales e internacionales que permitieron constatar el escenario socio-histórico de la vulneración en relación a este grupo social; para ello, se introdujeron algunos precedentes teóricos generales ligados a la temática, puestos a dialogar con la teoría de la decolonialidad, decantando finalmente en el feminismo decolonial y la colonialidad del género. Lo que dio paso a la pregunta y objetivos de investigación, y su relevancia en los debates actuales que se gestan dentro de la disciplina.

Para dar respuesta a las interrogantes, se elaboró un marco teórico en el que se expone, en primer lugar, la contextualización de la salud mental en Chile en torno al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017- 2025. Segundo se conceptualiza lo que son las epistemologías del sur, pasando por la doble sociología transgresiva de las ausencias y emergencias propuestas por Sousa Santos, para luego dar paso a la noción de la ecología de saberes y traducción intercultural del mismo autor. En tercer lugar, se desarrolla lo que es la perspectiva decolonial, la cual nace del grupo denominado modernidad/colonialidad, incursionando dentro de éste al feminismo decolonial y la colonialidad del género, para finalmente abordar el planteamiento de una TO hacia una perspectiva decolonial, y definir la noción de ocupaciones colectivas. Posteriormente se evidencia el diseño metodológico utilizado, para luego dar paso a la presentación de resultados y discusión final.

I. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En los últimos años, hemos sido testigos de las numerosas y masivas manifestaciones sociales impulsadas por diversas organizaciones civiles y políticas, en respuesta a la violencia machista con la que opera la sociedad chilena. Entre éstas, se encuentran las marchas por el aborto libre, seguro y gratuito; Orgullo Gay y de identidad de género y Ni Una Menos, las que cada vez cuentan con mayor convocatoria.

La violencia contra las mujeres se presenta durante todo el ciclo vital, desde la infancia con la caracterización de los roles sexuales, la educación sexista; hasta la adultez, con la violación a los derechos sexuales y reproductivos, la división sexual del trabajo, la doble jornada laboral, solo por nombrar algunos hechos sociales concretos. Esta violencia no solo se expresa en las relaciones sociales más inmediatas, sino que se expande a todos los espacios de la vida cotidiana, incluido el Estado y sus instituciones, los que actúan como cómplices al no garantizar el cumplimiento de las políticas nacionales e internacionales que resguarden los derechos de las mujeres.

En respuesta a lo anterior, es que actualmente existe un escenario en torno a la experiencia de ser mujer; de esta manera, se discute el tema del aborto, matrimonio igualitario, esterilización forzada, femicidio/feminicidio¹ (Garita, A. 2012), acoso callejero, discriminación en el trabajo, etc.

La Red Chilena contra la violencia hacia las Mujeres (2017) ha registrado hasta noviembre del 2017 62 femicidios y 1 suicidio femicida. La figura legal de femicidio en el Código Penal Chileno en su artículo N°390, sanciona el delito como tal, cuando la víctima es mujer y su agresor es o fue su cónyuge o conviviente; esta situación no

¹ Siguiendo la definición de Diana Russell y JillRadford sobre el concepto de *femicide* como “el asesinato misógino de mujeres realizado por hombres”, Lagarde (Citado en Garita, A. 2012) traduce el concepto en feminicidio, para denunciar además de la misoginia, la falta de voluntad y la impunidad con que los Estados abordan la violencia machista.

permite constatar el número real de las agresiones físicas o psicológicas, o las muertes de las mujeres en manos de hombres misóginos. El femicidio frustrado de Nabila Rifo, es uno de los casos con mayor cobertura mediática de los últimos tiempos. Nabila sobrevivió, no fue otro número del conteo de femicidios, no fue una víctima invisibilizada y silenciada; no obstante, se convirtió en objeto de debate público, se cuestionó su vida sexual, familiar y social, como si estas características fuesen relevantes para determinar la violencia machista. Nabila fue re-victimizada frente a todo el país, frente a otras mujeres que se encuentran en situaciones de vulneración y que prefieren seguir guardando silencio antes de exponerse al continuo de violencia que se produce una vez realizada la denuncia de las agresiones físicas y/o psicológicas; violencia materializada en la justificación de un ataque misógino por parte de la sociedad, inclusive por parte de las mismas mujeres, en base a la ropa que llevaban, a la falta de decisión para abandonar a sus parejas, o en relación a sus experiencias sexuales.

Por otro lado, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, no han estado ajenos a argumentos del orden moral y religioso. El debate tardío en torno al aborto, surge posterior a un extenso período de movilizaciones sociales, puesto que Chile era uno de los cinco países a nivel mundial que prohibía y penalizaba el aborto bajo cualquier circunstancia, resultando recién, en enero del presente año, la aprobación por la cámara de senadores del proyecto de ley de despenalización del aborto en las causales de inviabilidad del feto, riesgo vital de la madre y resultado de violación; y su posterior aprobación en la cámara de diputados, en julio. Esta situación manifiesta, por un lado, la falta de voluntad de los organismos estatales para legislar a favor de los derechos de las mujeres y por el otro, la perpetuación de lógicas patriarcales que coartan la plena libertad y autonomía de las mujeres para decidir sobre sus cuerpos y sus proyectos de vida.

La complicidad del Estado frente a la violencia machista, se ve reflejada en la forma en cómo operan los diferentes dispositivos que dependen de este organismo. De

esta manera, nos encontramos con el informe anual realizado por el Instituto Nacional de Derechos Humanos (2016), desde ahora INDH, en el que se denuncia el maltrato ejercido desde los equipos de salud a mujeres que consultan por aborto en los servicios de urgencia; condicionando las prestaciones de salud frente al aborto como motivo de consulta de urgencia. Siguiendo el mismo informe, se deja de manifiesto la violencia obstétrica que es ejercida hacia las mujeres tomando como caso emblemático lo vivido por Lorenza Cayuhán, mujer mapuche que cumple condena por robo con intimidación, a quien se le obligó a parir engrillada a manos de Gendarmería. (INDH, 2016).

Estas situaciones de vulneración y discriminación genérica, siguen existiendo a pesar de la promulgación de acuerdos internacionales que buscan erradicar la desigualdad y violencia contra las mujeres. Así, nos encontramos con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), ratificada por Chile en 1986 y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer Convención de Belém do Pará, ratificada por Chile en 1996. Ambas instancias buscan emplazar a los Estados partes a tomar acciones concretas para acabar con la violencia contra las mujeres. La incorporación de nuestro país a estos tratados internacionales, permitió la creación del Servicio Nacional de la Mujer, actual Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, como acción concreta para combatir las desigualdades fundadas en la diferencia genérica. Sin embargo, las estrategias abordadas por el Ministerio se sustentan en mecanismos de reparación y no de erradicación de la violencia de género, por lo que una vez más nos encontramos frente a un Estado que no garantiza los derechos de las mujeres.

Exponer estos antecedentes nos permite constatar y denunciar las diversas situaciones en las que el patriarcado se reproduce ejerciendo violencia machista desde las relaciones interpersonales hasta las instituciones. No obstante, reconocemos que, dentro del ser mujer, existen circunstancias en que la violencia se intensifica en el cruce de posiciones de opresión, como lo es ser mujer con un rótulo psiquiátrico, en donde se

reproducen y naturalizan prácticas machistas por medio de justificaciones de orden médico-psiquiátricas.

Frente a esta experiencia, Basaglia (1985) refiere que a los hombres se les ha atribuido un margen de error mayor en relación al mandato social de lo que se les ha permitido a las mujeres, convirtiendo cualquier desviación de la normalización femenina en una patologización. Desde que la mujer nace y durante toda su trayectoria de vida, se le imponen ciertas formas de ser y hacer que se materializan en la realización de roles determinados para ella, siendo difícil lograr definir qué es ser mujer sin pensar en el qué hace una mujer. Desde aquí y tomando lo que plantea Basaglia, en toda desviación del ser/hacer mujer y ligándolo a roles en el ámbito de lo privado como: ser mamá, buena esposa, cuidar de un otrx; y los roles en el ámbito público como: ser secretaria, enfermera, matrona; comienza un cuestionamiento/patologización hacia ellas, en tanto, no cumplen con lo que socialmente se nos ha impuesto como parámetro de normalización, considerándolas como malas madres, malas esposas, machorras, histéricas y locas.

De esta manera, Lagarde define la locura femenina como “el conjunto de dificultades para cumplir con las expectativas estereotipadas del género” (1993, p.702), siendo definidas como histéricas, delirantes o depresivas por no tener y cumplir con las características de ser mujer, como ser femenina, verse lindas, ser fuertes, actuar con dulzura, etc. Como lo señala Chesler (citado en Ruiz y Jiménez, 2003), las mujeres tienen mayor probabilidad de ser rotuladas con enfermedades mentales, puesto que la salud mental no se valora en los mismos parámetros en hombres y mujeres. Así, teorías como la falocéntrica de Freud, a partir del descubrimiento de que la ovulación se producía de manera espontánea y no provocada por el coito, promueve la represión y patologización del placer femenino clitoriano, calificando dicha sexualidad como inmadura, neurótica y masculinizada, relegando al orgasmo vaginal como representación de lo sano y lo normal (Maira, Santana y Molina, 2008).

El Departamento de Estadísticas de Salud (2016) por medio de la ley de transparencia, entregó cifras en relación al ingreso del Programa de Salud Mental en Atención Primaria de Salud (APS), en los que se evidencia una diferencia significativa en los diagnósticos psiquiátricos, existiendo una mayor prevalencia de éstos en mujeres que hombres, así pensar en el tema de mujer y locura, remite a un análisis crítico de la interseccionalidad de ambas esferas.

Es conocida la arqueología/genealogía que hace Foucault del poder psiquiátrico, el cual se crea para hacer frente a esta indómita fuerza llamada locura, situando su origen en el llamado tratamiento moral de Pinel (Foucault, 2005). Anterior a éste, la locura había sido mezclada con otras disidencias en el llamado gran confinamiento de 1656 en Francia, en el cual se encerró a todx aquel que no podía fundamentar su modo de subsistencia, es decir, a lxs catalogadxs como lo otro de la razón moderna: delincuentes, mendigxs, prostitutas, enfermxx, ancianxs, pervertidxs sexuales, desviadxs.

Con la llegada de Pinel en Francia, y Tuke en Inglaterra, se inicia la Reforma psiquiátrica a finales del siglo XVIII, con la pretensión de sustituir el inhumano encierro con el tratamiento humanitario, dentro de un espacio asilar sumamente controlado. Sin embargo, más que buscar la sanación (médica) se constituye en un lugar de disciplinamiento del loco, en donde nace el poder psiquiátrico que busca corregirlo y moralizarlo. Foucault explica que este orden (disciplinario) busca, por un lado, que la mirada médica adquiriera su estatus de objetividad, y por otro, constituye la condición para la curación permanente. La locura en este contexto sería una fuerza indócil a corregir, y el poder psiquiátrico no busca conocer o poner de manifiesto su verdad, sino enfrentarla. El asilo psiquiátrico sería por tanto una escena de enfrentamiento (Foucault, 2005). En la misma línea de Foucault, el académico y antipsiquiatra Thomas Szasz (citado en Vásquez, 2011) pone en duda la supuesta científicidad del saber/poder psiquiátrico, y devela lo que sería su naturaleza inquisidora/policiaca.

La psiquiatría se encargaría de separar de lo social aquellxs que como sociedad nos molestan, a lxs disidentes, a aquellas personas que nos incomodan con sus comportamientos anormales, en base a un juicio que va variando a lo largo de los diferentes períodos históricos (Vásquez, 2011). Szasz vería el discurso científico psiquiátrico como una invención/constructo de la cultura occidental, que se mueve más dentro del terreno de lo verosímil que de lo verdadero, determinando una forma de ver y comprender la locura. Sin embargo, éste no sería un constructo inocuo, ya que da forma y valida circunstancias de opresiones individuales y colectivas (citado en Vásquez, 2011).

En el año 1993 surge en Chile, el primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSM), para reformularse y consolidarse posteriormente en el 2000. En el artículo Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica, Minoletti, Rojas y Horvtiz-Lennon (2012) señalan que el surgimiento y desarrollo de este Plan parte de la premisa de que la institucionalidad psiquiátrica como patrón dominante no es suficiente para resolver las problemáticas de salud mental de la población, y que peor aún, con su modelo asilar tiende a intensificar el malestar patológico y el daño. Éste, busca pasar de esta mirada biomédica a una biopsicosocial, promoviendo el trabajo comunitario, territorializado y en red, generando procesos de desinstitucionalización para de este modo restituir los derechos humanos vulnerados a las personas, y así puedan reconstituirse como ciudadanxs. Se establece un sistema de atención ambulatorio basado en la comunidad, con trabajo intersectorializado, en donde el sector salud dejaría de trabajar en solitario y se articularía con otros sectores tales como vivienda, educación, trabajo, cultura, etc. Se busca entregar más apoyo a las intervenciones preventivas, al diagnóstico oportuno y tratamiento temprano, relegando la hospitalización psiquiátrica como alternativa excepcional y breve frente al episodio agudo. Además, lxs autores señalan que el PNSM ha tenido diversas limitaciones en lo que respecta al número, distribución y calidad de los recursos humanxs, puesto que éstxs

poseen una baja formación en el ámbito comunitario y resistencia a los cambios paradigmáticos (Minoletti, Rojas y Horvtiz-Lennon, 2012).

Sin embargo, la locura aún se circunscribe en el ámbito psiquiátrico, siendo comprendida por las instituciones de salud como enfermedad mental, la que posiciona a la persona en una situación de discapacidad, posibilitando procesos de discriminación y exclusión social que se materializan a través de prácticas que vulneran los derechos humanos (DDHH) e integridad de las personas. Cuando estas circunstancias de violencia psiquiátrica se articulan con la experiencia de ser mujer, se constata una doble vulneración.

El Círculo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad de Chile (CIMUNIDES) y la Corporación Humanas, junto a otras organizaciones de la Sociedad Civil que luchan a favor de los Derechos Humanos, elaboraron el Informe alternativo para el examen del estado de Chile ante el comité de derechos de las Personas Con Discapacidad (2016). En este informe, respecto al ámbito específico de mujeres y niñas con discapacidad, se pone de manifiesto la discriminación múltiple que experimenta debido a la unión de las variables género, edad y discapacidad, constituyéndose como situaciones de mayor vulnerabilidad en cuanto a violación de derechos; por lo que se señala la importancia de incorporar los enfoques de DDHH y enfoque de género en el desarrollo de Políticas Públicas.

Según el mismo informe, a pesar de las denuncias de organizaciones de la sociedad civil, no existen estudios de prevalencia en cuanto a toda forma de violencia, incluyendo la intrafamiliar y sexual, infligida a niñas y mujeres con discapacidad, información que es necesaria para formular políticas públicas eficientes en prevención, detección y sanción de este tipo de violencia. Actualmente en la Agenda de Género de la presidenta Michelle Bachelet, no se hacen distinciones en torno a las diversas experiencias de ser mujer, por lo que no existe referencia explícita a las mujeres con

discapacidad. Igualmente, el SENADIS, como mecanismo del gobierno que coordina las políticas del Estado en cuanto a discapacidad, no ha incorporado a la población de mujeres y niñas con discapacidad en sus planes y programas (CIMUNIDES, 2016).

En el informe anual sobre los Derechos Humanos en Chile, desarrollado por la Universidad Diego Portales (2015), se constata la problemática respecto a la esterilización sin consentimiento en mujeres en situación de discapacidad mental. En el informe se señala que esta situación se constituye como una vulneración de derechos, puesto que se infringe el derecho a la capacidad jurídica (artículo 12) dictado en la Convención sobre los Derechos para las Personas con Discapacidad (CDPD) ² y agrega que estas mujeres son discriminadas dado que se les considera como personas incompetentes para controlar sus decisiones reproductivas.

Respecto al cuestionamiento de las prácticas psiquiátricas ante esta situación, tomando como antecedentes la sociedad machista y la mayor prevalencia de diagnósticos psiquiátricos en mujeres, el marco en que se encuentran las mujeres en situación de discapacidad mental y la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos plasmados en el informe anual de DD.HH de la Universidad Diego Portales (2015); no es desmesurado suponer que la aplicación del electroshock es de mayor constancia en mujeres que en hombres, exponiéndolas a un trato de tortura y contra todo derecho humano, bajo el resguardo y financiamiento de organismos estatales como el Ministerio de Salud.

Ante este escenario de desprotección y violación de derechos humanos, han surgido propuestas concretas desde organizaciones civiles como el Colectivo Locos por Nuestros Derechos, quienes desarrollaron el Manual de Derechos en Salud Mental (s.f), de manera que, basándose en la CDPD, hacen un llamado de escucha a la sociedad e

² Chile ratificó la CDPD en el año 2008, dando paso a la promulgación de la Ley 20.422 que establece normas sobre la igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

instituciones respecto a las experiencias concretas de vulneración de derechos en personas con diagnóstico de salud mental. Sin embargo, propuestas como éstas han estado ajenas a la problematización de la salud mental desde perspectivas feministas, que consideren las condiciones y experiencias particulares de las mujeres rotuladas con diagnósticos psiquiátricos, quienes construyen sus identidades al alero de prejuicios, discriminación y exclusión social.

En lo que respecta al campo de la terapia ocupacional, la salud mental y el feminismo, existen estudios que contemplan las experiencias de las mujeres desde perspectivas feministas. Así no encontramos con un estudio en torno a las Identidades Ocupacionales de las mujeres en una socialización patriarcal, en el que se concluye que éstas, se constituyen de manera alienada en la que la asignación de características sociales generan procesos subjetivantes que las lleva a identificarse con formas de deber ser mujer, las que en ocasiones, no coinciden con quienes quieren ser realmente, de este modo las mujeres manifiestan que la experiencia de violencia machista, se vive como un castigo que anula la propia personalidad (Moncada, 2017). La segunda investigación se sitúa en la experiencia de ser mujer con graves problemas de salud mental, en la que se señala la relevancia de introducir perspectivas feministas a las prácticas tradicionales de la disciplina, las que han invisibilizado la condición de mujer, llevando a cabo intervenciones bajo lógicas que perpetúan categorías y roles de género. Para las autoras, la violencia radica en la comprensión del concepto de mujer y en la negación del dinamismo de la categoría, en función de las experiencias de vida de cada una, así las historias abordadas constituyen una doble situación de exclusión, desde una sociedad patriarcal y desde un rotulamiento psiquiátrico. De este modo, se desprende que las situaciones de violencia y vulneración de derechos que experimentan las mujeres, se circunscribe en el sólo hecho de ser mujeres y en el sólo hecho de vivir con problemas graves de salud mental, pero que en diversos escenarios cobran distinto protagonismo (Moncada y Paredes, 2016).

Si bien estas tesis constituyen la construcción de prácticas emancipadoras en

terapia ocupacional, la matriz de conocimiento utilizada carece del análisis desde perspectivas decoloniales que permitan situar las prácticas como el resultado de procesos de colonización del saber, conocer y ser de los discursos patriarcales y psiquiátricos, lo que muchas veces no son problematizados en torno a la deconstrucción de su hegemonía, renegando la emergencia de nuevas perspectivas que den cabida a las diversas formas de ser y estar en el mundo, sin tener que encasillar en categorías las experiencias de las mujeres con rótulo psiquiátrico. Reconocer estas características permite llegar a la raíz de las relaciones de poder y sometimiento, lo que nos lleva a cuestionar las construcciones históricas que interaccionan en la distintas situaciones de vida y la construcción de lo que ha sido el discurso hegemónico de la profesión de TO, el que ha guiado el trabajo con personas en situación de exclusión social y de las mujeres rotuladas con diagnósticos psiquiátricos.

La historia oficial de la Terapia Ocupacional se desarrolló, en un principio, ajena a los conflictos y desigualdades fundadas en la historicidad de los contextos, las relaciones de poder y las experiencias de vida de cada persona, sus familias y comunidades. El enfoque clásico, cuyo ejemplo paradigmático es el Modelo de Ocupación Humana, creado por Gary Kielhofner en el contexto del primer mundo eurocentrado, reconoce la naturaleza ocupacional de las personas y utiliza esto como centro de su terapia; esta misma concepción natural de la ocupación reproduce concepciones en torno a la jerarquización de la estructura social que perpetúan las desigualdades, en tanto que lo natural se da por sentado y se asume como única realidad y como único patrón ideal de existencia. Así en el ámbito de la salud mental, el proceder ha sido en gran parte, la normalización de quienes están desviadxs, reinsertándolxs al funcionamiento y exigencias de la sociedad, sin cuestionar en sus prácticas la realidad en la que se ha construido el saber disciplinar. De este modo, podemos pensar la TO como una tecnología de control, en tanto disciplina colonizada por un saber dominante, ahistórico y eurocentrado, que busca reestablecer la funcionalidad en las personas, con el objetivo de que éstas se reintegren al sistema de producción social, amparado por un

modelo económico capitalista neoliberal, una TO que no cuestiona la realidad que nos circunscribe, realidad como origen de la desigualdad e injusticia social.

Esta terapia ocupacional es cuestionada por autores como Frank Kronenberg y Nick Pollard, quienes dan cuenta de que no todos los grupos poblacionales tienen acceso de igual manera a ocupaciones dignas y con significado, haciendo un llamado a politizar la terapia ocupacional, basándose en el principio de que “todxs (sic) somos responsables de todo” (Kronenberg y Pollard, 2007, p.66). La distribución injusta de las ocupaciones en las poblaciones de personas está dado por lo que ellos denominan Apartheid Ocupacional, el cual tendría origen en las “condiciones (sistemáticas) establecidas por el entorno, más o menos crónicas, que niegan a las personas marginadas el acceso a la participación en ocupaciones que valoran como significativas y útiles para ellos” (Kronenberg y Pollard, 2007, p.64). Definir el Apartheid Ocupacional a partir de las condiciones sistemáticas, nos permite extrapolar el concepto a la comprensión de mujer y locura como una construcción de conocimientos dominantes que justifican la discriminación y la exclusión.

De esta manera, existe un compromiso profesional/político por parte de lxs terapeutas ocupacionales frente a situaciones de limitación en el acceso a ocupaciones producto de fuerzas políticas, como lo es el género, la raza, la locura u otras características de la diversidad humana. Entonces se vuelve necesario desarrollar una terapia ocupacional crítica, donde lo primero es tomar una posición política, no neutral, de la situación actual de una determinada sociedad, ya que “no existe un no lugar, como tampoco un sólo lugar. Existen muchos lugares de enunciación, de fundamentos, de supuestos de orden ontológico, lógico, para comprender y producir la TO” (Guajardo, 2013, p. 4).

Para María da Rocha (2008), la TO tradicional y dominante ha incorporado otros saberes como la psicología, la psicología social y la educación para la comprensión de la

situación de las personas, sin embargo, esta consideración ha sido en función de comprender la concepción de salud/enfermedad y en ello, analizar sus fundamentos y los procedimientos para resolverlos y no para apuntar a la noción de salud como producción social en torno a condiciones materiales y simbólicas devenidas de un contexto político, económico, cultural y genérico determinado; de modo que, como señala Guajardo (2013), se requiere de un pensamiento crítico que tensione y cuestione la realidad; para él, criticar es cuestionar al método como principal aspecto del saber, es preguntarse sobre los supuestos naturales de la TO, es situar históricamente los problemas sociales y posicionar la crítica como el lugar en donde emergen nuevos saberes, nuevas formas de comprender la TO, nuevas Terapias Ocupacionales.

Pensar en la pluriversalidad de la TO, supone reconocer nuestra propia historia como pueblo latinoamericano, cuestionando los saberes dominantes y construyendo nuevos a partir de nuestra experiencia, reconociendo la diversidad de nuestro territorio. Para crear un concepto de TO que logre transformar lo colonial, es necesario adoptar una perspectiva crítica decolonial. Sin embargo, no se puede hablar de decolonialidad sin pensar en la colonialidad.

Distintos autores como Quijano y Mignolo (2010), desarrollan el concepto de colonialidad del poder, el cual ejerce un patrón de control del conocer y el control del ser imponiendo una razón única y totalitaria que invisibiliza todo aquello que escapa a esa racionalidad, influyendo y colonizando lo económico, lo político, lo subjetivo, el género y el conocimiento. La modernidad ha generado un pensamiento abismal, que ha significado la dicotomía de lo visible/invisible, de lo existente/no existente, por lo tanto, es excluyente, contexto que encuadra la experiencia del ser mujer loca como una desviación de la racionalidad que dictamina lo normal como la universalidad del ser.

Entendiendo que, como seres sociales, habitamos una realidad social y culturalmente construida, ontologizamos el mundo percibido por medio de un saber que

nos aparece como dado, de modo que, se vuelve necesario hacer un análisis histórico/epistémico para develar el origen de nuestras contradicciones latinoamericanas, como parte del Sur. El paradigma hegemónico que hemos naturalizado, en cuanto a validación del saber, es el occidental moderno, el cual para lxs pensadorxs decoloniales surge con lo que ellos denominan el fenómeno modernidad/colonialidad (Quijano, Santos, Dussel, Mignolo). La colonización epistemológica occidental aún mira con desprecio estas formas de saber, y los anulan como no-razón, como no-verdad, como no-modernidad, es decir, como locura. Así, para Mignolo (2010), es necesario realizar un vuelco epistémico decolonial, que permita la emergencia de nuevos conocimientos adquiridos por otras epistemologías, otras formas de conocer y entender y por otras economías, políticas y éticas. Desde aquí que la emergencia de nuevas Terapias Ocupacionales, necesariamente requiere de un desprendimiento epistemológico, de una liberación de la tradición hegemónica en la que se han gestado nuestras prácticas disciplinares.

En el caso de la mujer, ha sido un ejemplo paradigmático el rótulo de la histeria, que desde el punto de vista de Szasz no sería otra cosa que una categoría lingüística inventada y ficcionada por Charcot, para medicalizar a las mujeres jóvenes y su entorno (Vázquez, 2011). Sin embargo, tanto Foucault como Szasz limitan su análisis crítico del poder psiquiátrico al espacio histórico intraeuropeo, sin considerar las fuerzas de poder ligadas a lo moderno/colonial, que funcionan a nivel planetario, más allá de Europa, que la perspectiva decolonial hace énfasis en considerar. Es otra manera de entender el poder. Apostar por una perspectiva decolonial, nos invita directamente a tensionar más allá de lo que la teoría crítica eurocéntrica ha construido en torno al tema de la mujer y la locura, hacia cuestionamientos situados desde el Sur y sus feminismos.

La mujer históricamente ha sido construida y entendida en una inferioridad alterna al dominio del hombre, constituyéndose como un objeto de sumisión y opresión. Para Franca Basaglia (1986), esta construcción de ser mujer está dada a partir de una

diferencia sexual natural entre hombre y mujer, la que establece a priori las características genéricas que marcan el deber ser en torno a los géneros; dichas características, han sido traducidas culturalmente en desigualdades históricas frente a la participación política, social, cultural y económica. Este orden social basado en el género, es para las feministas, la estructura de poder que define al patriarcado, el cual establece la supremacía de los hombres y de lo masculino por sobre la inferioridad de las mujeres y de lo femenino (Lagarde, 1993).

No obstante, estas corrientes feministas gestadas en contextos eurocéntricos, no cuestionan la noción de género como una construcción heterosexual, burguesa y blanca, que invisibiliza a aquellas que no circunscriben su experiencia dentro de estos parámetros; así como tampoco han cuestionado las implicancias de la articulación de los sistemas de opresión que configuran diversas circunstancias del ser mujer, constituyendo lo que María Lugones (2008) denominó colonialidad de género (o sistema moderno colonial de género).

Por esto se volvió necesario introducir el debate de las perspectivas feministas decoloniales en el contexto de la salud mental, buscando reconocer que la opresión referida a la mujer loca se sustenta en una articulación de dos discursos hegemónicos que pretenden la normalización y universalidad de las experiencias, bajo un sistema de conocimientos y producciones de la visión del mundo que han sido impuesto por medio de procesos colonizadores del saber (Espinosa, 2014). Así, para la feminista decolonial María Lugones, “a diferencia de la colonización, la colonialidad de género sigue estando entre nosotros; es lo que yace en la intersección de género/clase/raza como constructos centrales del sistema de poder del mundo capitalista” (2016, p.19). Esta aseveración de la colonialidad como proceso de subjetivación, permite reflexionar ante la naturalización con las que son ejercidas las prácticas interseccionales de dominación dentro de los dispositivos de salud mental, y que contribuyen a la creación de un ser mujer loca que ve desplazada su vida hacia dicho sistema de salud mental

1. Relevancia

La relevancia de esta investigación se sitúa en la posibilidad de seguir construyendo Terapias Ocupacionales, que desde perspectivas feministas decoloniales, permitan la emergencia y reconocimiento de aquellas mujeres que han sido invisibilizadas a causa de los discursos hegemónicos de la psiquiatría patriarcal, los que han construido la noción del ser mujer loca desde un no lugar, un no ser, quienes por medio de la colectivización han resistido y resignificado sus experiencias.

De esta manera, se pretenden generar inquietudes y contribuir en el debate que se está dando al interior de nuestra disciplina, en relación con las nuevas formas de comprender y ejercer las terapias ocupacionales, con el fin de descolonizar los saberes que sustentan nuestras prácticas y que tienen su origen en contexto del norte global, que presentan una realidad radicalmente distinta a la del sur metafórico y nuestro territorio Latinoamericano.

(De)construir a partir de perspectivas feminista decoloniales, permite tensionar nuestra formación académica para liberarnos de paradigmas de dominación que perpetúan procesos de subjetivación en las personas con quienes trabajamos y favorecer procesos de emancipación y transformación social, para el desarrollo de ocupaciones colectivas que doten de sentidos y significados las experiencias de las personas y comunidades.

II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se expresa la colonialidad del género en la construcción del ser mujer loca que ha transitado por dispositivos de salud mental?

Objetivos

1.1. Objetivo General

Analizar las prácticas de colonialidad de género en dispositivos de salud mental, a partir de la experiencia de mujeres del Colectivo No es lo mismo ser loca que loco.

1.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las prácticas de los dispositivos de salud mental que invisibilizan a las mujeres que han transitado por ellos.
2. Describir los efectos en la vida cotidiana de las mujeres como consecuencia de la denominación mujer loca utilizada por los dispositivos de salud mental.
3. Analizar las prácticas de terapia ocupacional en dispositivos de salud mental que reproducen la colonialidad del género en la construcción de ser-mujer loca.
4. Reconocer las experiencias de las mujeres que han transitado por dispositivos de salud mental como ecología de saberes, en respuesta al saber psiquiátrico hegemónico.

III. MARCO TEÓRICO

1. Salud mental en Chile

En el marco del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017- 2025 (PNSM), guiado por el Ministerio de Salud (MINSAL), la salud mental (SM) se define como “la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (p.26). Además, el PNSM sitúa la salud/enfermedad a partir del reconocimiento de determinantes sociales como el sexo, género, nivel educacional, ocupación, origen étnico o racial, residencia urbana o rural y condiciones sociales del espacio en donde se vive o trabaja; suponen una interferencia en el bienestar de las personas, sus familias y comunidades y es el resultado de políticas y programas sociales deficientes. (PNSM, 2017)

Como respuesta a la inequidad de la salud, el PNSM (2017) se posiciona desde un enfoque de derechos humanos y de justicia social, como guías para reducir la exposición a los determinantes sociales o intervenir en los mecanismos causales de éstos, considerando además un enfoque de curso de vida que asegure la atención temprana en cada etapa del ciclo vital. El enfoque de derechos humanos cobra relevancia por la discriminación que existe en torno a la temática de salud mental, la que se configura como un determinante significativo en el bienestar, dado que se produce inequidad y vulneración de derechos fundamentales internacionales. De manera que, desde este enfoque, se pretende articular acciones orientadas a un soporte para la vida en comunidad bajo un apoyo graduado en relación a las necesidades personales, no sólo considerando el sector salud, sino también vivienda, educación, trabajo, participación ciudadana, entre otros.

Bajo los lineamientos del Sistema Público de Salud guiados por el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el PNSM fortaleció la instalación del Modelo Comunitario en Salud Mental, con el objetivo de reconocer la importancia del contexto en la mejoría de las personas y de organizar una red sanitaria que termine con la reclusión manicomial, el aislamiento y desarraigo social, incluyendo la territorialidad e intersectoriales; favoreciendo así la inclusión social y el ejercicio de derechos, en donde las personas, sus familias y comunidades, inmersos en un sistema sociocultural diverso y complejo, se posicionan como centro de la toma de decisiones y miembros activos en el cuidado de su salud. (PNSM, 2017)

Dentro de los principios y valores propuestos por el PNSM, se encuentra en primer lugar el respeto y promoción de los derechos humanos, en donde la persona es comprendida como una unidad integral de factores biológicos, psicológicos, sociales, espirituales y comunitarios; desde aquí se desprenden los principios de promoción de ciudadanía, participación e inclusión social, igualdad jurídica, autonomía y autodeterminación, y calidad de la atención. En segundo lugar, se sitúa a la persona como un ser integral e indivisible física y mentalmente, por tanto, se señalan como principios la indivisibilidad entre la salud general y la salud mental, la integralidad de la atención, servicios de salud mental integrados a la red general de salud, atención de salud mental centrada en la persona y su familia, continuidad de apoyos y cuidados, y atención basada en la comunidad. Por último, se establece la equidad, de la cual se desprenden los siguientes principios, accesibilidad, pertinencia, cobertura universal e intersectorialidad (PNSM, 2017).

Lo presentando anteriormente, responde a la literalidad con la que el PNSM expresa su perspectiva, sin embargo, ante un análisis crítico, cabe señalar la predominancia de un paradigma biomédico – rehabilitador cuando es llevado a la praxis. Siguiendo el Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute

del más alto nivel posible de salud física y mental (ONU, 2017), se plantea que la violación sistemática de los derechos humanos por parte de los servicios de salud mental ha estado marcada por la hegemonía de un modelo biomédico reduccionista. Este modelo interpreta que el origen de las patologías mentales reside en un problema del individuo de naturaleza neurobiológica, sobre la que se basa la intervención. El énfasis de lo neurobiológico ha buscado aproximar la salud mental a la salud física médica, lo que ha generado un paradigma de atención deshumanizado y coercitivo, marcado por asimetrías de poder, en el que el poder de decisión lo tendrían los profesionales psiquiátricos por sobre los usuarios. La alianza de la psiquiatría con la industria farmacéutica y su elevado poder financiero agravan esta disimetría de poder, favoreciendo el paternalismo, desempoderando a los usuarios y generando condiciones que producen violaciones de derechos humanos (ONU, 2017)

Este enfoque de la salud mental neurobiológico se contrapone a la perspectiva que plantea que, una buena o mala salud es más que un mero fenómeno individual, encontrándose más bien circunscrita y definida por determinantes sociales, y, por lo tanto, influenciada por el modo de vida que ofrece la economía, las relaciones sociales y de poder. Es así como la salud estaría principalmente condicionada por aspectos contextuales extra individuales que la biomedicina no considera, haciendo que esta última descuide las condiciones que generan la mala salud mental, tales como la violencia, la desigualdad económica, el aislamiento social, la precariedad laboral o educativa y la atomización de las comunidades. Por tanto, la perspectiva biomédica de centrarse en la patología individual es limitante, pues niega la dimensión social, política y económica de la salud mental, por lo que se busca un cambio de perspectiva que impulse la desinstitucionalización y un modelo biopsicosocial equilibrado. Sin embargo, la desinstitucionalización se ha estancado, el financiamiento de la salud mental se asigna principalmente al modelo biomédico con una salud mental excesivamente medicalizada, y se han desarrollado reformas legislativas que merman la capacidad jurídica de las personas con discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial (ONU, 2017).

De esta manera, Pino y Valderrama (2015), señalan que la política de salud mental en Chile, responde a una concepción deficitaria de las personas, que no implementa verdaderamente el enfoque de derecho, debido a que el objetivo radica en la normalización de las personas por medio de intervenciones de carácter sanitario y asistencialistas, dado que sitúan a lxs sujetxs como desviadxs, invisibilizando problemáticas de orden estructural, como lo son la educación, vivienda, justicia, entre otros, que inciden significativamente en el bienestar subjetivo y colectivo de las personas.

Así mismo, en la sistematización realizada por el Observatorio de DD.HH de las Personas con Discapacidad Mental (2014) en torno al debate ciudadano respecto a la construcción de una Ley de Salud Mental, se concluyó que las limitaciones estructurales que restringe la praxis del enfoque de derechos responde a nuestro modelo de Estado neoliberal, que no reconoce derechos ni posibilita las condiciones materiales y simbólicas para el ejercicio concreto de los mismos, limitando de igual forma la participación de las personas que se atienden en el servicio de salud mental, posicionándolos únicamente como beneficiarios de las políticas públicas de salud. Es por esto que, como investigadorxs, creemos necesario entender que la “Salud Mental se asocia a la vivencia de satisfacción tanto material como simbólica, y se evidencia en la construcción de vínculos sanos, creativos y solidarios; en la participación real en las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos; en la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos” (Custo, E. 2008. p21-22).

2. Epistemologías del sur

Boaventura de Sousa Santos sostiene que todas las formas de injusticia moderna: la socioeconómica, la sexual o racial, la histórica, la generacional, entre otras, encuentran su fundamento en la injusticia cognitiva, la que se gesta a partir de la conquista y el colonialismo moderno; la injusticia cognitiva, cognitiva no comprendida en términos de capacidad mental, sino más bien, entendida como la colonización de la operación de pensar, la manera de estar y de conocer el mundo, por parte del occidente europeo, a partir de una universalidad y exclusividad de conocimiento en que se declara a la ciencia moderna, la cual es desarrollada a gran escala en el norte global pero que busca imponerse a todo el globo, como el único conocimiento válido. Para superar esta exclusividad en el conocimiento, el autor propone la comprensión del mundo desde un conjunto de epistemologías que emergen desde un Sur metafórico, un Sur que ha sido producido como no existente, un Sur antiimperialista, un Sur como resultado del sufrimiento sistemático ejercido por la articulación del capitalismo, el colonialismo y el patriarcado. De Sousa Santos y Meneses (2014) señalan que:

Las epistemología del Sur son el reclamo de nuevos procesos de producción, de valorización de conocimientos válidos, científicos y no científicos, y de nuevas relaciones entre diferentes tipos de conocimiento, a partir de las prácticas de las clases y grupos sociales que han sufrido, de manera sistemática, destrucción, opresión y discriminación causadas por el capitalismo, el colonialismo y todas las naturalizaciones de la desigualdad en las que se han desdoblado; el valor de cambio, la propiedad individual de la tierra, el sacrificio de la madre tierra, el racismo, al sexismo, el individualismo, lo material por encima de lo espiritual y todos los demás monocultivos de la mente y de la sociedad –económicos, políticos y culturales– que intentan bloquear la imaginación emancipadora y sacrificar las alternativas (p. 16).

Para el desarrollo de las epistemologías del Sur, Santos propone tres premisas. En primer lugar, reconocer y entender que la comprensión del mundo es más amplia de lo que la visión occidental refiere y que, por tanto, la transformación del mundo se articula a través diversas vías, modos, métodos, que no coinciden con la lógica eurocéntrica de transformación social. En segundo lugar, reconocer la infinidad de la diversidad expresada en pensamientos, sentimientos, actuaciones, relaciones, en la naturaleza, en la concepción del tiempo y en la organización de la vida colectiva; el autor manifiesta entonces que “no es que necesitemos alternativas, sino que nos hace falta un pensamiento alternativo de alternativas” (p.7). Y en tercer lugar, reconocer que esta diversidad puede y debe ser activada y transformada teóricamente desde la pluralidad de conocimientos.

Las epistemologías del Sur cuentan con dos procedimientos centrales para su desarrollo: la sociología de las ausencias y la sociología de las emergencias; y además, con dos procedimientos que permiten ampliar el horizonte de inteligibilidades: la ecología de saberes y la traducción intercultural.

2.1 Doble sociología transgresiva de las ausencias y las emergencias

El pensamiento abismal, para Sousa Santos, corresponde a la modalidad particular en que el ser humano occidental moderno razona. Esta forma de pensar divide la realidad social, por medio de líneas radicales, en dos universos: el de este lado de la línea, entendido como el de las sociedades metropolitanas, que se caracterizaría por ser visible, comprensible y existente; y el del otro lado de la línea, entendido como la realidad colonial, que sería un mundo transformado en invisible, incomprensible e inexistente, por lo que no puede coexistir con lo que se encuentra a este lado de la línea. El autor plantea que más allá de las versiones dominantes de la modernidad, existieron otras que

fueron marginalizadas por poner en duda la fe cristiana, la ciencia moderna y el derecho moderno. Tomar distancia de estas concepciones dominantes, posibilita la aproximación a versiones subalternas silenciadas por la modernidad y la racionalidad; Santos (2010) refiere que:

tomar distancia significa entonces estar simultáneamente dentro y fuera de lo que se critica, de tal modo que se torna posible lo que llamo la doble sociología transgresiva de las ausencias y de las emergencias (...) que consiste en contraponer a las epistemologías dominantes en el Norte global, una epistemología del Sur (p. 22).

Siguiendo al mismo autor, la sociología de las ausencias sería aquella que se encarga de develar los mecanismos en que el pensamiento abismal produce la no existencia de lo que está al otro lado de la línea, que es activamente producida como no existente. Sousa Santos (2010) identifica cinco de estos mecanismos. El primero, y a su juicio el más poderoso, es el de la monocultura del saber y del rigor del saber. Para éste, la única forma de verdad sería la ciencia moderna (como conocimiento superior), y la única forma superior de cualidad estética sería la alta cultura. El pensamiento abismal otorga a la ciencia moderna la exclusividad en la distinción universal entre lo verdadero y lo falso, invalidando a los conocimientos populares que, situados al otro lado de la línea, dejan de existir y de ser válidos. Lo no legitimado por este canon produce la figura invisible del ignorante o inculto. Desde este mecanismo la monocultura del saber científico moderno le ha entregado hegemonía a la psiquiatría por sobre otros saberes, constituyéndose así como el único seriamente válido, produciendo la no existencia de otros saberes alternativos.

El segundo mecanismo es el de la monocultura del tiempo lineal, desde el cual se imparte la idea de que unos son más o menos desarrollados que otros, más o menos adelantados, más o menos civilizados, etc., desde donde el Sur no crítico persigue la

imagen de sociedad ideal impartida por Europa, civilización a la cual los países retrasados del sur deben aspirar. El encuentro entre ambos mundos generaría la no contemporaneidad de lo contemporáneo, en el cual se da la paradoja de que, aunque se esté compartiendo el mismo espacio mundial se encuentren en tiempos distintos.

El tercer mecanismo es la monocultura de la naturalización de las diferencias que generan jerarquías. En ésta las diferencias determinadas por la racionalidad occidental de raza y género forman una inferioridad insuperable que es a su vez considerada natural. Y al ser natural lo inferior sería determinadamente inferior, sin poder nunca disputar su jerarquía frente al considerado superior. Un ejemplo claro de esta asimetría se da en la psiquiatría, donde la persona -loca- que es etiquetada con una categoría diagnóstica, es transformada en paciente, perdiendo validez en su discurso por ser loca frente al médico-psiquiatra, dueño del saber único del área, constituyéndose una relación asimétrica infranqueable.

El cuarto mecanismo es el de la lógica de la escala dominante, que produce al local/particular frente a la escala dominante de lo universal/global. Lo universal es independiente de los contextos específicos, verdades hipotéticas generalizables a múltiples contextos, desacreditando lo local y particular.

Finalmente, el quinto mecanismo es el de la lógica productivista, el de la monocultura de los criterios de productividad capitalista. Para esta monocultura el crecimiento económico sería un objetivo racional incuestionable, relegando a la no existencia lo improductivo o estéril, sean estos recursos naturales o personas. Las cinco formas principales de no existencia dan a su vez paso a las realidades que sí poseen existencia: las científicas, avanzadas, superiores, globales o productivas.

Por otro lado, Santos (2010) plantea una sociología de las emergencias, que busca dar voz a otros conocimientos posibles, más allá del pensamiento hegemónico

europeo. Traer desde el otro lado de la línea la pluriversalidad de otras costumbres, maneras de gobernar, formas de relacionarse con la naturaleza y de comprender nuestro lugar en el mundo. Implica ampliar el presente para que de cabida a muchas de las experiencias sociales que hoy son desperdiciadas, marginadas, silenciadas, desacreditadas. No se trata de exaltar el progreso, sino sustituirlo por alternativas a la vez utópicas y realistas. Para Santos esta emergencia se debe dar desde los movimientos sociales, que poseen un saber impensado para la teoría crítica clásica eurocéntrica. Es abrirse a concepciones del mundo que son muchísimo mayores que la visión occidental del mundo, que es el productor de las ausencias previamente vistas. Movimientos sociales como el del Colectivo-Autogestión-Librementemente y su subcolectividad “No es lo mismo ser loca que loco”, lo constituyen voces que por mucho tiempo fueron construidas como ausentes por el mono-saber psiquiátrico, y que ahora emergen como una nueva alternativa de pensamiento.

2.2 Ecología de los saberes y traducción intercultural

La ecología de saberes abre paso a una pluralidad de conocimientos, diversos y heterogéneos, situados desde un contexto social, cultural, económico y/o político, tanto del otro lado de la línea, como los de este lado de la línea, generando interconocimientos, estableciendo no sólo un criterio de validación, sino que múltiples formas de conocimientos respetando la autonomía de cada uno.

Para comenzar a actuar más allá del pensamiento abismal y dejar de reproducirlo, Santos (2010) propone que debe haber un reconocimiento que constate la existencia y articulación de las diversas formas en que se puede vivenciar la exclusión social en las personas. Esta superación de lo abismal se puede comenzar justamente desde las epistemologías del sur, entendiendo que es necesaria una ecología de saberes que tome

en cuenta la diversidad de conceptos y conocimientos existentes y por existir. Si bien, esta (contra)epistemología es crítica de la modernidad y de sus productos dado su carácter pluralista, la ecología de saberes no excluye a la ciencia moderna, sino que plantea la importancia de su práctica contrahegemónica, en tanto su uso consista en “explorar la pluralidad interna de la ciencia, esto es, prácticas científicas alternativas que han sido hechas visibles por epistemologías feministas y poscoloniales y, por otro lado, en promover la interacción e interdependencia entre conocimientos científicos y no científicos” (2010, p.53), así esta simultaneidad puede permitir las prácticas y agentes de ambos lados de la línea como contemporáneos, como coexistentes.

La ecología de saberes, pretende revalorizar las intervenciones en la sociedad a partir del análisis de las particularidades del contexto situado, procurando establecer jerarquías entre los conocimientos, de manera tal que la preferencia de un saber por sobre otro “debe ser dada a la forma de conocimiento que garantice el mayor nivel de participación a los grupos sociales involucrado en su diseño, ejecución y control, y en los beneficios de la intervención” (Santos, 2010, p. 56).

Por lo tanto, romper con la lógica hegemónica, capitalista y patriarcal con la que opera la psiquiatría dentro del campo de la salud mental, posibilita la emergencia de otros saberes producidos desde esta disciplina como no existentes, como no válidos, que otorguen nuevas perspectivas para el reconocimiento de las experiencias de vida de las mujeres rotuladas con diagnósticos psiquiátricos, a partir de ellas mismas, su intersubjetividad, y de sus contextos.

Para recuperar los saberes destruidos durante el epistemicidio ocurrido en Latinoamérica, desde ahora Abya Yala, a partir de 1492, la ecología de saberes recurre a una traducción intercultural. El pensamiento abismal plantea la cuestión de una inconmensurabilidad, incompatibilidad o no inteligibilidad recíproca, problema frente al cual el planteamiento posabismal de la traducción intercultural se enfrenta. Este último

afirma que, pese a cierta inconmensurabilidad, es posible la comunicación e insospechados modos de complementariedad. Si bien muchas veces existen contradicciones en cuanto a compatibilidad, también hay preocupaciones comunes y enfoques complementarios, que requieren un adecuado procedimiento de traducción intercultural.

3. Perspectiva decolonial

La preocupación por el tema de la decolonialidad surgió a partir de un conjunto de investigadorxs que constituyen el grupo denominado modernidad/colonialidad, entre quienes se encuentran Aníbal Quijano, Enrique Dussel, Catherine Walsh, Boaventura de Sousa Santos, Nelson Maldonado-Torres, Walter D. Mignolo, entre otros, los que realizan discusiones críticas acerca de los mecanismos que dan cuenta de la violencia epistémica y global ejercida históricamente en Abya Yala por Europa desde su conquista. Dentro de este grupo fue significativo el concepto de colonialidad del poder propuesto por Quijano, como revés y lado oculto de la modernidad. La Colonialidad del poder sería el modo de dominio que sostiene el sistema mundial capitalista colonial/moderno de poder por medio del ordenamiento de las poblaciones utilizando el constructo ficticio de raza, inferiorizando a partir de este constructo a lxs habitantes de Abya Yala, desde el momento de la conquista, con la subjetividad controlada y hegemonizada por el eurocentrismo. (Quijano, 2000) Así, Walter D. Mignolo, uno de los participantes del grupo modernidad/colonialidad, llega a decir que “la torcida retórica que naturaliza a la modernidad como un proceso universal, global y punto de llegada oculta su lado oscuro, la reproducción constante de la colonialidad.” (2010, p.9).

Aquí el grupo modernidad/colonialidad realiza la importante distinción entre el concepto de colonialidad y el de colonialismo. Éste último correspondería a un

sometimiento de un territorio, por el poder, dominio y jurisdicción de otro territorio, quien posee el control de su autoridad política y de sus recursos de producción. La colonialidad, en cambio, si bien se generó a partir de la conquista de territorios, implica la instauración de la subjetividad del colonizador en el colonizado, enraizándose en la intersubjetividad cotidiana de su mundo, muchas veces de modo solapado. Las independencias habrían acabado con el colonialismo, pero no con la colonialidad.

De este modo el grupo extendió la idea de colonialidad del poder, con la colonialidad del conocimiento: el saber (Lander, 2000); y del ser: la subjetividad (Maldonado, 2007). Finalmente, la idea de que el conocimiento también sería colonizado imperialmente en la colonialidad, se vuelve precisa la descolonización del saber y del ser dentro de un pensar decolonial. Para Mignolo, el uso de de-colonialidad por sobre decolonización ofrece una doble ventaja. Por un lado, trata acerca de la tarea de desvelar y acabar con la lógica de la colonialidad y por otro, establece un proyecto que se diferencia del de la pos-colonialidad.

3.1. Feminismo decolonial

La opción decolonial plantea no pensar el mundo de manera eurocéntrica, por esto el feminismo decolonial es crítico al feminismo clásico occidental, siendo este último, el que se centra en el patriarcado y el androcentrismo como el único modo de dominación de las mujeres, obviando otras formas de opresión como la raza, la sexualidad y la clase. La feminista decolonial Yuderkys Espinosa (2014) habla de superar la interpretación fragmentada de la opresión, en cuanto a feminismo y antirracismo. Esta autora define el feminismo decolonial como un momento contemporáneo de construcción y producción de ideas feministas, un espacio de diálogo abierto y en revisión continua, que busca la producción de una voz subalterna, no hegemónica, que siempre ha estado pero que fue

inhabilitada por el pensamiento abismal moderno y que hoy, es primordial para la interpretación de la opresión histórica en clave de género.

El feminismo decolonial adopta otras epistemologías que se sitúan en personas y contextos diversos, reconoce los conocimientos de las élites intelectuales académicas, pero también rescata los “saberes populares, comunitarios, memorias de largo aliento, y de allí va construyendo una crítica a esa manera en que el feminismo ha planteado una emancipación de las mujeres o las sexualidades y géneros no binarios” (Espinosa, 2014, p.22). Esta perspectiva estipula una revisión a la categoría de mujer y su pretensión de universalidad; y cuestiona la mirada lineal de la historia que otorga una mirada del pasado como algo que debe superarse. Por ser una perspectiva en construcción, es comprendida por la autora como un campo fértil que compromete a varias personas, quienes comparten el consenso en el menester de revisión del feminismo hegemónico y repensar lo que éste ha producido, puesto que el análisis que éste propone no es suficiente para aquellas que encuentran sus experiencias en otros lugares de la matriz de opresión, y además oculta y actúa en beneficio de unas y menoscabo de otras al pensar solo en el género (Espinosa, 2014).

A su vez, Nathalia Jaramillo define el feminismo decolonial desde la evolución de un movimiento teórico y socio-político, en donde cada trabajo es abordado desde un contexto particular, pero en el que comparten como eje central la percepción de que “la conquista y la colonización -de tierras, cuerpos y marcos de pensamiento- continúa afectando la identidad social, política, exploración capitalista y nuestra capacidad colectiva de entendimiento” (2014). El feminismo decolonial otorga una forma para comprender que la opresión sexual y genérica responde a un legado de la colonización, un subproducto capital neoliberal, un sistema de organización social racializado y un sistema de creencias enraizado en nuestro inconsciente colectivo. Por último, Jaramillo (2014) señala que:

Hablar de feminismo decolonial no es negar ni redefinir antagonismos entre los sexos creados socialmente; es un intento de revelar las maneras intrincadas y sublimes de colonización interna que toman forma dentro de las comunidades. La mujer política, social y espiritualmente consciente ve más allá de las contradicciones y los guiones personales arraigados dentro de las formas culturales, y aboga por un entendimiento de cada experiencia como una confluencia de ámbitos de identidad superpuestos (p.6).

Ochy Curiel (2016) plantea que los puntos claves del feminismo decolonial radican primero, en la crítica a la universalidad con que se construyó la categoría mujer, a partir de un ideal de mujer blanca y burguesa y argumenta que, tensionar esta construcción, implica el desarrollo de un conocimiento situado que emerge desde los diferentes lugares de enunciación de las mujeres, por lo que no sería posible universalizar el ser mujer; y en segundo lugar, Curiel señala que el debate no puede centrarse solamente en el género, puesto éste es una categoría heterosexual basada en la ideología de la diferencia sexual, y porque ninguna realidad social está explicada únicamente a partir de él, dado que para la autora, existe una imbricación de las opresiones, por lo que cualquier lucha que implique la transformación social, ya sea de las víctimas de opresiones como aquellxs beneficiadxs, va a tener que centrarse en un proyecto político que apunte a la imbricación antirracista, anticlasista y antisexista, que es la propuesta del feminismo decolonial.

3.1.1 Colonialidad del género

María Lugones, ha desarrollado su investigación en la interseccionalidad de raza, clase, género y sexualidad; y ha tomado dos marcos conceptuales para analizar la colonialidad del género y construir lo que ella denomina sistema moderno-colonial de género (2008). Por un lado, el trabajo en torno al género, raza y colonización que han llevado a cabo los feminismos de mujeres de color de Estados Unidos, los del Tercer Mundo y las versiones feministas de las escuelas Lat Crit y Critical Race Theory, cuyas investigaciones han develado la exclusión histórica y teórico-práctica que han sufrido las mujeres no-blancas, por parte de las luchas lideradas desde el feminismo eurocéntrico bajo la categoría universal de mujer; por otro lado, rescata el trabajo sobre colonialidad del poder, expresada en la colonialidad del saber, del ser y decolonialidad planteada por Aníbal Quijano. No obstante, es en este último marco de análisis, es en el que Lugones realiza reparos y cuestiona la comprensión patriarcal y heterosexual de género que utiliza Quijano.

Lugones (2008) señala que Quijano comprende la intersección entre raza y género, a partir de un análisis estructural amplio en el que ambas categorías adquieren un significado en el patrón que él plantea. Para Quijano, el poder se estructura en relaciones sociales de dominación y el conflicto entre actores sociales que se disputan el control de “los cuatros ámbitos básicos de la existencia humana: sexo, trabajo, autoridad colectiva y subjetividad/intersubjetividad, sus recursos y productos” (citado en Lugones, 2008, p. 78). Este patrón de poder capitalista, se organiza alrededor de dos ejes: la colonialidad del poder y la modernidad, los que determinan las formas y significados de dominación en los cuatro ámbitos referidos. La colonialidad del poder, es quien otorga una clasificación social capitalista y universal de la población global a partir del concepto de raza. En tanto a la modernidad, Quijano la define como “la fusión de las experiencias del colonialismo y la colonialidad con las necesidades del capitalismo, creando un universo específico de relaciones intersubjetivas de dominación bajo una

hegemonía eurocentrada” (citado en Lugones, 2008, p.80) y la caracteriza a partir de la producción de un modo de conocimiento racional y universal. Estos dos ejes son los que estarían influenciando las luchas por el control del acceso sexual, sus recursos y sus productos.

Lugones reconoce que la lógica estructural de Quijano sitúa al género constituido por y constituyendo a la colonialidad de poder, señala que esta última no es suficiente para evidenciar todos los aspectos implicados en el género, puesto que éstos dependen del modo en cómo se conceptualice el género dentro del modelo. Lugones (2008) refiere que

En el patrón de Quijano, el género parece estar contenido dentro de la organización de aquel ámbito básico de la existencia humana que Quijano llama sexo, recursos y productos. Es decir, dentro de su marco, existe una descripción de género que no se coloca bajo interrogación y que es demasiado estrecha e hiper-biologizada ya que supone que el dimorfismo sexual, la heterosexualidad, la distribución patriarcal del poder y otras presuposiciones de este tipo. (p.84)

De este modo, esta comprensión del género a partir del dimorfismo biológico, el heterosexualismo, la dicotomía hombre/mujer, son para Lugones precisamente las características hegemónicas que constituyen lo que ella llama el sistema de género moderno/colonial, y son las que ocultan las maneras en que han sido subordinadas y despojadas del poder las mujeres colonizadas no-blancas. La autora se cuestiona por la interseccionalidad dentro del patrón que plantea Quijano, para ella la denominación categorial de raza y género invisibiliza a aquellas mujeres que son victimizadas en ambas categorías, puesto que a pesar de que todas y todos somos racializados y generizados, no todxs son dominadxs por este proceso; las categorías son homogéneas y siempre seleccionan como referente a lo dominante. En la intersección entre ser mujer y ser negro se produce una ausencia de la mujer negra. (Lugones, 2008). De igual manera,

podríamos pensar en la ausencia producida en la superposición de las opresiones en torno a las mujeres y la locura, en donde la oscuridad invisibiliza a la mujer loca, quienes bajo lógicas eurocéntricas no alcanzan en ninguna de estas categorías.

Por otro lado, Lugones cuestiona el abordaje de los feminismos del siglo XX en los que no se estableció la conexión entre género, clase y heterosexualidad como racializados; así mismo, cuestiona la construcción de la categoría mujer como sinónimo de mujer blanca. Por esta razón, el sistema de género moderno/colonial tiene un lado visible/claro, quien construye a género y las relaciones de géneros en términos hegemónicos y “solamente organiza, en hecho y derecho, las vidas de los hombres y mujeres blancos burgueses, pero constituye el significado mismo de hombre y mujer en el sentido moderno/colonial” (Lugones, 2008, p.70) y un lado oscuro/invisible que ha sido y es completamente violento.

4. Terapia Ocupacional hacia una perspectiva decolonial

Asumiendo que la incursión de la TO en el campo de la decolonialidad se constituye hoy como una sociología de la emergencia, y por lo tanto, como un saber dinámico en permanente construcción y deconstrucción; es que nos aventuramos en el desarrollo de una TO decolonial, situada en el Sur metafórico, que reconozca las experiencias de quienes han sido producidos como subalternos, y además, actuando como motor de la transformación social.

El Sur, caracterizado por un contexto social, político, económico y cultural que condiciona el desarrollo de grandes sufrimientos psicosociales, a partir de la violación de los derechos humanos, situaciones de pobreza, exclusión social, pérdida de los colectivos y la falta de acceso a salud, educación, vivienda (Guajardo, 2011). Este es el

campo social que interpela a la TO, pero como manifiesta Suárez-Krabbe (2011) es necesario repensar y replantearse las ciencias y su praxis; modo que, la TO como ciencia social configurada en una perspectiva decolonial, debe contemplar una posición ética y política con las personas, las familias y sus comunidades, que sea comprendida como una herramienta de transformación social que incorpore pluralidades de maneras de hacer-saber.

Una perspectiva decolonial invita a pensar entonces, en la historicidad como un elemento central que da cuenta de los estragos de procesos como la colonización, que no solo significó la conquista territorial, sino que impulsó el colonialismo cognitivo y con ello, la imposición de una forma de ser y estar en el mundo bajo lógicas ahistóricas y naturalistas. Guajardo (2016) siguiendo a Vidal señala que las profesiones:

(...) son el resultado del modelo de desarrollo político, social y del grado alcanzado por una sociedad en particular por la forma en que organiza la producción material y simbólica, por la organización del trabajo, por las relaciones entre clases sociales, por la complejidad social alcanzada, por la distribución de la riqueza social, en síntesis, por los procesos de reproducción social (p. 112).

Para Lida Pérez (2015), el Sur debe ser comprendido también como una potencia, como una manera distinta de entender la TO, identificando que nuestras acciones y reflexiones son colectivas, y en ese sentido, señala que como profesión debemos comenzar a tomar distancia y liberarnos de los escenarios de dependencia conceptual teórica y procedimental de otras regiones del mundo. Por otra parte, en cuanto a la colonialidad de nuestras prácticas, menciona que se debe estar bastante atentxs a las lógicas por donde transita la profesión, dado que éstas pueden ser instancias de invalidación de las personas, en donde las decisiones son más bien conducidas a partir de un mandato social de comprensiones de producción/consumo y

normalidad/anormalidad, por lo tanto, locura/no locura.

Reconociendo la existencia de este mandato, somos conscientes que, en términos genéricos, las implicancias y consecuencias no son las mismas para mujeres y hombres. El colonialismo cognitivo instauró y perpetuó las lógicas patriarcales, las que llegaron también a colonizar el accionar dentro de la terapia ocupacional. Por tanto, adoptar un posicionamiento feminista decolonial conlleva a descentralizarse de las comprensiones biologicistas y heterosexuales del género, que por imposición ha otorgado un marco conceptual universal de ser mujer que imposibilita la emergencia de la pluralidad de mujeres; y es en esa pluralidad, en que queda develada la imbricación de las opresiones y su interpretación fragmentada que no considera lo contextual de las experiencias.

Resulta relevante entonces, generar procesos de TO que den espacios a la colectivización de las experiencias que viven las mujeres, incorporándolas como conocimientos dentro de una ecología de saberes, que a su vez permita el desarrollo de una profesión que, desde lógicas horizontales, colaborativa y solidarias, trabaje con y para las mujeres. Abrir la lectura de TO desde esta perspectiva, permite comprender las prácticas como un sistema de apoyo en la autodeterminación de las mujeres, que permita la construcción y articulación de sus proyectos de vida a partir de sus intereses e ideales y no desde lo impuesto por las normativas sociales; posibilitando la emancipación y transformación social.

4.1 Ocupaciones colectivas

Insertxs en un contexto histórico-económico neoliberal masificado a nivel mundial, caracterizado por formas de vida individualizadas y pérdida del sentido de comunidad, es que se torna necesario recuperar la acción colectiva y comunitaria en búsqueda de un mayor bienestar psicosocial, que alcance a todxs lxs ciudadanxs. Palacios habla de “una necesidad de recuperación o afirmación frente al deshilachamiento del tejido social” (Palacios, s/f, p.4) como necesidad de romper con el individualismo extremo, hacia lógicas colectivas de cooperación que propendan a la resolución de problemas de manera colaborativa.

Palacios (2015), señala que, en un primer acercamiento a la noción de ocupaciones colectivas, podemos sospechar que todas las ocupaciones son de por sí colectivas, pues se constituyen como construcciones sociales, formadas en el interjuego de múltiples actores sociales y factores contextuales. En otras palabras, las condiciones sociales, colectivas, son las que crean la ocupación. No obstante, siguiendo a la misma autora (2015), esta comprensión es gestada a partir del paradigma contemporáneo de la ocupación y sus modelos de acción, los cuales continúan posicionando a la persona como sujetx individual en relación con su ambiente por medio de sus ocupaciones, las que surgirían desde su motivación intrínseca, brindando estructura, significados subjetivos y propósitos. Esta comprensión de ocupación, desencadena intervenciones que se centran en abordajes individualistas de las situaciones de salud, sin considerar los contextos sociales en los cuales se desencadenan las problemáticas y las oportunidades de resolverlas de manera colectiva dentro de los mismos.

De esta forma, muchas de las intervenciones dentro del campo de la salud mental, se enmarcan en la restitución de funciones y habilidades personales que permitirían a las personas lograr desempeñar sus ocupaciones y participar en la sociedad, anulando todo análisis y problematización de factores contextuales, de carácter

estructural y funcional de la sociedad, que posibilitan las experiencias negativas en torno al ser mujer loca.

Ante este escenario, Frank Kronenberg, junto a su pareja Elelwani Ramugondo, conceptualizaron las ocupaciones colectivas, en respuesta al enfoque apolítico de la ocupación, que no considera la violencia e injusticias sociales que, para poder ser transformadas, requieren primero de una reorientación política de la disciplina hacia el contexto de la vida cotidiana de las personas, de manera, que la noción de “ocupaciones colectivas es también intencionalmente política” (Kronenberg, 2016).

Las ocupaciones colectivas han estado ligadas a la formación o reafirmación del sentido de comunidad, lo cual a su vez refuerza el bienestar comunitario. En palabras de Palacios, “las ocupaciones colectivas brindan cohesión, sentido de comunidad, bienestar, pertenencia e identidad social” (Palacios, 2015). Por tanto, las ocupaciones colectivas exacerbaban los elementos que constituyen el sentido de comunidad, que para Sarason (citado por Maya, 2004) son:

la percepción de similitud con otros, el reconocimiento de la interdependencia con los demás, la voluntad de mantener esa interdependencia dando o haciendo por otros lo que uno espera de ellos, (y) el sentimiento de que uno es parte de una estructura más amplia, estable y fiable (p.189).

Desde lo anteriormente mencionado, podemos concluir que las ocupaciones colectivas revisten de importancia al momento de restituir el tejido social deshilachado, rompiendo con el individualismo y generando comunidad, no obstante, Kronenberg (citado en Emeric, D., Cantero, P. 2016) señala que, en este escenario, la TO puede constituirse como un mecanismo de control o como una práctica de emancipación.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación responde a un **enfoque cualitativo**, el cual integra la dimensión subjetiva tanto del investigador como del sujeto observado, produciéndose así una relación intersubjetiva que produce transformaciones en ambos, en cuanto a la interpretación de su propia realidad. Luego, como investigadorxs buscamos introducirnos en las experiencias de las mujeres entrevistadas, construyendo el conocimiento consciente de formar parte del fenómeno estudiado (Hernández et al 2003). Canales plantea que con este tipo de investigación “siempre se trata de alcanzar la estructura de observación del otro. Su orden interno, en el espacio subjetivo-comunitario, como sentidos mentados y sentidos comunes” (Canales, 2006) Sería por tanto un enfoque comprensivo, más que de predicción de realidad social, trabajando desde un contexto específico y particular, y no desde la generalización atemporal positivista. Desde ahí Flick señala que la investigación cualitativa se orienta a la comprensión de casos concretos en sus particularidades temporales y locales y sus expresiones y actividades a partir de sus contextos. (Flick, 2007, p.27)

Por otro lado, el alcance de esta investigación fue de tipo **exploratorio**, puesto que el abordaje de la temática de salud mental y mujeres desde las epistemologías del sur y el feminismo decolonial, constituyen un marco conceptual que no ha sido desarrollado en el campo de la terapia ocupacional. Para Navarrete (2006), estos estudios permiten indagar en fenómenos poco conocidos y/o poco estudiados, permitiendo identificar y descubrir aspectos relevantes del campo de investigación y sentar las bases para el desarrollo de futuras investigaciones.

El enfoque de investigación fue **crítico con un deseo decolonial**. Hablamos de un deseo y no de lo decolonial en sí, porque nos encontramos con diversos factores que nos limitan, entre ellos el tema de la acotada temporalidad, en donde los plazos académicos definen y restringen el curso de las relaciones con quienes construyen junto

a nosotrxs este estudio; por otro lado, es deseo también, porque somos conscientes de nuestra propia colonización cognitiva que comenzó al ingresar al sistema educativo, reforzándose con el paso de los años. Sin embargo, podemos decir que a partir de este estudio y del enfoque adoptado iniciamos nuestro propio proceso cognitivo decolonial.

De esta manera, alejándonos del posicionamiento crítico clásico, de raigambre eurocéntrica, adoptamos una mirada **crítica que pretende ser detractora del legado colonial**. La ontología del paradigma crítico supone un realismo histórico, en el que la realidad social toma forma según factores históricos, sociales, económicos, políticos, culturales, étnicos y de género (Guba & Lincoln, 2002). Desde lo colonial/decolonial esta cristalización se materializa históricamente a partir de la conquista de Abya Yala, cuyos efectos toman la forma de una colonialidad que, desde un enfoque decolonial, se pretende deconstruir. Se parte desde una epistemología transaccional y subjetivista, en el cual lxs investigadores e investigadxs se encuentran implicados mutuamente, y en donde los valores del primero afectan inevitablemente la investigación (Guba y Lincoln, 2002). La metodología dialéctica y dialógica, propia del enfoque crítico, busca en palabras de Giroux “como intelectuales transformadores... descubrir y excavar aquellas formas de conocimiento históricas y subyugadas que apuntan hacia experiencias de sufrimiento, conflicto y lucha colectiva; (...) vincular la idea de comprensión histórica con elementos de crítica y esperanza” (citado en Guba y Lincoln, 2002, p.126).

En cuanto a lo metodológico decolonial, Suárez-Krabbe (2011) plantea una proximidad metodológica para los tiempos de crisis, considerando como criterio de validez científica el grado en que las ciencias aportan a los fines de liberación (dentro de un proceso dialéctico en que nos volvemos inseparables de las sujetas con quienes trabajamos). La proximidad metodológica es un compromiso con las personas excluidas, desde un estudio que busca la transformación. Desde esta proximidad la distinción entre el estar en el trabajo de campo y el espacio del resto de nuestras vidas se vuelven obsoletas, se desdibujan.

El diseño muestral corresponde a uno de tipo **cualitativo o intencional**, en tanto éste es definido como aquel en el que “el investigador según su criterio, selecciona la muestra de forma que sea lo más representativa a los efectos de la investigación que se pretende realizar” (Ferrando, 2010, p. 463). De esta manera, el universo de esta investigación, estuvo determinado por lxs participantes del Colectivo No es lo mismo ser loca que loco, el que está conformado por 9 mujeres y 3 hombres, con y sin experiencia de psiquiatrización; la cantidad de participantes que compuso la muestra fue determinado de acuerdo al criterio de **saturación teórica**, que para Kornblit (2007) se traduce en el momento en que lxs investigadorxs no encuentren información adicional con la que puedan construir propiedades de tal categoría; en este caso, en el momento en que la información otorgada por las mujeres comience a ser repetitiva o logre responder a los objetivos planteado en esta investigación; en este caso, y siguiendo el objetivo del estudio, la **muestra** estuvo conformada por 5 mujeres, cuyos criterios que caracterizan a la muestra corresponde a: mujeres que han transitado por dispositivos de salud mental y que participan en el colectivo No es lo mismo ser loca que loco. Sin embargo, durante el desarrollo de la investigación, fue posible entrevistar sólo a 3 de las 5 mujeres, como consecuencia de procesos personales que tuvieron dos participantes del estudio.

A continuación, se expone un cuadro con la caracterización de la muestra (Figura 1), en el cual se considerará la letra E para referir a la entrevistada.

Figura 1 Caracterización de la Muestra

	Identidad de género	Edad	Participante del Colectivo	Tránsito por TO	Otras observaciones
E1	Mujer	Mayor de 18 años	SI	NO	Se le realiza una segunda entrevista (E4) para profundizar temáticas.
E2	Mujer	Mayor de 18 años	SI	NO	
E3	Mujer	Mayor de 18 años	SI	SI	
E4	Mujer	Mayor de 18 años	SI	NO	

Como técnica de muestreo se utilizó la figura del **informante clave**, quien es definido por Canales (2006) como una persona que conoce acerca de la realidad a investigar, es respetada por la grupalidad de personas y proyecta una sensación de confianza y además “incluye cierto conocimiento de parte del sujeto investigado de lo que al investigador le interesa investigar, a fin de que aquél le oriente, anticipe y mantenga contextualizado respecto a la realidad bajo estudio” (Canales, 2006, p. 249). En lo que respecta a nuestro estudio, el nexa lo realizó un miembro de nuestro equipo de trabajo, quien participa hace más de 2 años en el Colectivo Autogestión Librementemente. Respecto al procedimiento de muestreo, el grupo de No es lo mismo ser loca que loco del Colectivo Autogestión Librementemente se reúne en una librería de Santiago centro los días miércoles; en dichas reuniones se les presentó directamente al colectivo el proyecto de este seminario de título para así poder invitarlas a participar.

Para obtener la información utilizamos la técnica cualitativa de **Entrevista en profundidad**, la cual nos permitió conocer de manera abundante y enriquecida la temática que queremos analizar: la colonialidad del género en la construcción del ser mujeres desde su experiencia de vida en dispositivos psiquiátricos. Para Taylor y Bogdan “consistiría en encuentros reiterados, cara a cara, entre investigadorx y los informantes, respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como la expresan en sus propias vidas” (citado en Olabuenaga, 2012, p.167). Es fundamental para esta técnica, ser realizada bajo un clima íntimo y de confianza donde lxs investigadores toma un rol fundamental convirtiéndose en instrumento de la investigación, y no en mero recolector de información. Además, se constituyó en una entrevista en profundidad de tipo enfocada porque estuvo orientada al esclarecimiento de aspectos específicos de la experiencia subjetiva de cada una de las entrevistadas.

Finalmente, como técnica y procedimiento de análisis de información se utilizó el **Análisis Crítico del Discurso con perspectiva Feminista (ACDF)**. En principio la técnica de Análisis Crítico del Discurso (ACD) reconoce el lugar político que subyace a toda investigación, asumiendo la no neutralidad de lxs investigadores y estableciéndose, en palabras de Teun A. van Dijk, en “prácticas profesionales que puedan ser útiles en general dentro de procesos de cambio político y social, y que apoyen en particular a la resistencia contra el dominio social y la desigualdad” (Dijk, 1999). Para el autor, los textos y el habla pueden practicar, reproducir o combatir el abuso de poder social y la desigualdad, presentándose el ACD como un tipo de investigación analítica del discurso (Dijk, 1999).

Con el mismo horizonte, Jokin Azpiazu Carballo propone un Análisis Crítico del Discurso con perspectiva Feminista (ACDF), reapropiando esta técnica cuyo origen no le estaba inicialmente circunscrito al feminismo. Se vuelve necesario pasar del ACD al ACDF “porque una mirada crítica sobre las relaciones de poder no necesariamente implica una mirada crítica respecto a las relaciones desiguales de poder basadas en

cuestiones de género, ni una mirada feminista respecto a las mismas” (Azpiazu, 2014, p.114)

1. Consideraciones éticas

Sabemos que toda praxis humana es política y como tal produce efectos en las personas, en la comprensión que éstas tienen de la realidad social, y en la dinámica concreta de sus relaciones sociales. Desde nuestro posicionamiento epistemológico, reconocemos que la trayectoria de cada mujer que fue entrevistada, es una experiencia que desde la psiquiatrización ha significado una objetivación de sus subjetividades e intersubjetividades. De esta manera, es relevante reconocer y reconocernos como sujetos sociales, visibilizando a las mujeres entrevistadas como agentes protagónicas y participativas del proceso.

Respetando esta comprensión, se elaboró una Carta de invitación (Anexo 1) para la participación del seminario de título y el Consentimiento libre, expreso e informado para la persona (Anexo 2), en el que se manifestó la libertad de autodeterminación en querer o no participar del estudio, informando y relevando de manera clara el propósito, alcance e implicancias de la investigación, destacando el carácter confidencial de los datos y de la identidad de las entrevistadas, respetando de manera plena su dignidad humana, siendo la utilización de los datos únicamente con fines académicos. Acatando el principio de autonomía, se le informó a la persona que tiene la posibilidad de retractarse de su participación en todo momento, sin que esto provoque perjuicio alguno, siendo la prioridad su bienestar antes que el interés por esta investigación. Además, no se establece ningún tipo de presión en cuanto a preguntas que no quisieran ser respondidas durante el proceso de entrevista.

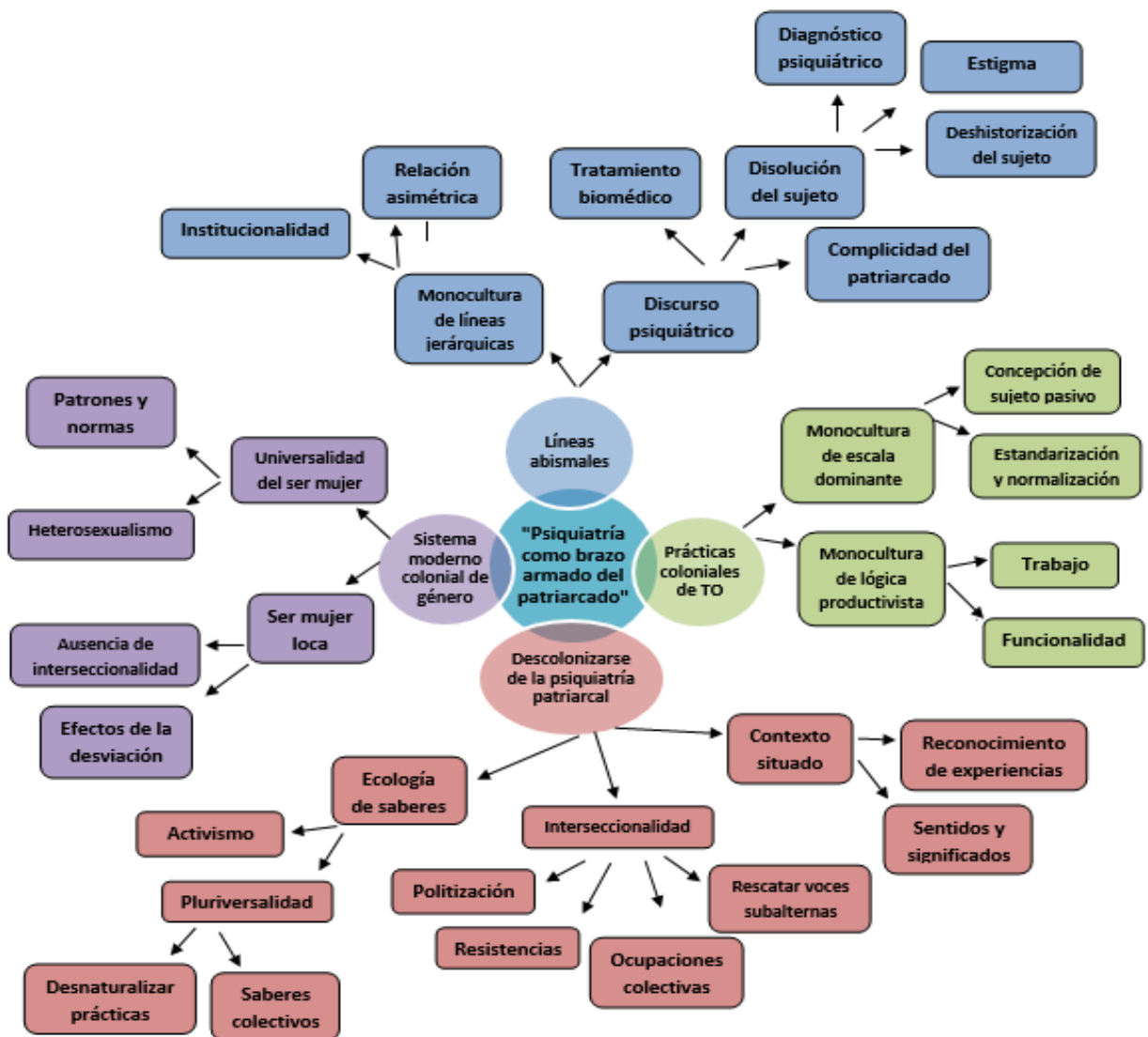
También, se torna éticamente necesario hacer una devolución de los análisis y conclusiones de la investigación a cada una de las participantes, con el fin de ser un camino que permita la visibilización de ellas, alejándonos del entendimiento de ellas como subalternas a través de la instrumentalización de sus experiencias para generar conocimiento académico. Esta no instrumentalización obedece al principio ético kantiano de comprender a las personas como un fin en sí mismo y no como un medio para alcanzar algo.

Finalmente, comprendiendo que el proceso investigativo no es neutral, es importante constatar que compartimos con las entrevistadas y el colectivo No es lo mismo ser loca que loco la misma orientación política en cuanto a crítica antipsiquiátrica y antipatriarcal, por lo que se estableció un compromiso político entre nosotrxs como investigadorxs y las mujeres entrevistadas respecto a respetar los lineamientos de esta lucha, siendo en todo momento transparentes con esta mirada en común. Por tanto, se pactó que no se iba a tergiversar este punto de vista, respetando esta imagen del colectivo.

V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A partir del análisis realizado a las entrevistas de tres mujeres con experiencia de psiquiatrización pertenecientes al Colectivo No es lo mismo ser loca que loco, se dialogó y problematizó en torno a: La colonialidad del género en la construcción de la denominación ser-mujer loca al alero de la psiquiatría patriarcal.

Los resultados obtenidos de las entrevistas fueron desarrollados y sistematizados en el mapa categorial que se presenta a continuación; el que contiene categorías, subcategorías y dimensiones que ordenaron el curso del análisis:



1.1 Líneas abismales

Por medio de la presente categoría, se pretende visualizar a las mujeres con experiencia psiquiátrica, quienes son construidas como no existentes a razón de la hegemonía del discurso psiquiátrico patriarcal. Para ello, se abordaron dos temáticas que constituyen dos mecanismos de producción de la invisibilización; la primera, corresponde a la **Monocultura de líneas jerárquicas**, que sitúa a las mujeres con rotulados psiquiátricos en una doble posición de opresión en cuanto a locura y género, y la segunda, orientada al **Discurso psiquiátrico**, el que es posicionado en el ámbito de la salud mental y psiquiatría como único conocimiento verdadero y válido.

1.1.1 Monocultura de líneas jerárquicas

En esta subcategoría, se pone de manifiesto el mecanismo que la psiquiatría patriarcal utiliza para la producción y reproducción de una posición subalterna, caracterizada por una inferioridad determinada por **relaciones asimétricas**, que denotan una disimetría del poder entre quienes poseen la verdad (psiquiátrica) y quienes son los objetos de sus intervenciones; durante el desarrollo de este seminario, esta dimensión configuró uno de los ejes fundamentales para el análisis de la producción de invisibilización de las mujeres que poseen una experiencia psiquiatrizada. La asimetría fue caracterizada por las entrevistadas, en torno a los comentarios y amenazas que ejercía el personal, reproduciendo discursos heteronormativos, criminalizando las experiencias de identidad de género, la distinción de género que se producen ante la misma situación de opresión psiquiátrica que perpetúan lógicas machistas.

"es mucho más difícil encontrar una mujer así echada que un hombre, aunque tengan el mismo diagnóstico y el mismo problema, porque es un hábito igual,

hay una pretensión, como que las mujeres de cuando somos niñas estamos acostumbradas a hacer las cosas, los trabajos de la casa, nos crían así y a ustedes no (risas)" (E1PA10PR45)

"había una amenaza como media implícita, por eso tenía que ir. Por ejemplo, si me atrasaba, me decían "bueno usted sabe las consecuencias...", pero nunca me dijeron explícitamente qué consecuencias, pero yo asumía que me podían internar en un psiquiátrico, así como si querían." (E2PA9PR34)

En la última cita presentada, queda plasmada la coerción como una línea jerárquica que produce la dualidad superior-inferior, en la que ésta última internaliza la posición que le corresponde para evitar el castigo, situación que priva de autodeterminación y, por lo tanto, invisibiliza su posición de sujetx.

El contexto directo que posibilita el ejercicio de estas relaciones asimétricas corresponde a la **institucionalidad**, entendida como las condiciones y prácticas de los centros de salud mental y psiquiatría que violentan la existencia de las mujeres. En lo referido por las entrevistadas, éstas se expresan en las dinámicas de evaluación, las que consisten en aplicación de instrumentos que descontextualizan las experiencias; en la forma en cómo era manejada la información obtenida, siendo utilizada como medio de extorsión, sin ningún aspecto ético y de respeto a la confidencialidad; por último, la infraestructura del encierro, responden a condiciones de deshumanización.

"cómo son chicas las salas, son las salas en el subterráneo, en el subterráneo están esas salas, y están así cerradas por... se ve el sol por el éste, pero todo tapado, todo tapado. Es como que te ponen una cortina así de plástico y sólo pasa el sol por el... por el color, pero no... no... tú no podís mirar mucho pa' fuera, y te entra el aire por el... por el pedacito que queda de la rendija nomás" (E3PA8PR25)

La cita describe las condiciones materiales y concretas en la que se vive la cotidianidad dentro de un hospital psiquiátrico, en el que el encierro produce privación de la participación de intercambio ciudadano en un contexto social y físico, posibilitando la invisibilización de las mujeres y las violencias que allí experimentan.

1.1.2 Discurso psiquiátrico

La segunda subcategoría vinculada a las líneas abismales, se constituye a partir del discurso psiquiátrico, entendido como el conjunto de enunciados de carácter dominante, excluyente y de control, que lo posiciona como único saber válido. Se analizó la hegemonía con que éste opera en el campo de la locura desde su dicotomía de normal/anormal y, los efectos sociales que genera su reproducción cotidiana. Desde esta racionalidad, se abordaron temáticas en torno al tratamiento biomédico, disolución del sujeto y complicidad de la psiquiatría con el patriarcado.

El **tratamiento biomédico** se constituye como principal estrategia de intervención, que sitúa la problemática desde una concepción individualista y patologizadora, obviando todo análisis contextual circunscrito a las experiencias de las mujeres. En el desarrollo de las entrevistas, se remitieron a dos de este tipo de tratamiento: psicofármacos y terapia electroconvulsiva-electroshock; donde se menciona que la administración de medicamentos provoca diversos tipos de efectos indeseados, entre los que se señalan como significativos el exceso de salivación que produce el aumento de vellos faciales, inducir alucinaciones y la pérdida de control de esfínter; por otro lado, estos medicamentos operan como lógica de control desde las instituciones por medio de la anulación producida por los efectos de los fármacos, incluso, desde edades muy tempranas, los que suprimen emociones transformando la existencia a conductas

dóciles y alienadas del ser, por tanto más que acallar un síntoma se acalla a la persona en su totalidad.

Muchas veces la prescripción de fármacos, se realizó sin evaluaciones previas y estuvo sujeto a modificaciones arbitrarias de las dosis, ocasionando situaciones de sobremedicación y dependencias que era contrarrestadas con el consumo de drogas ilícitas.

"como que en realidad lo que hacen es como suprimir ciertas emociones, pero no... no... se transforman en conductas más bien. Como que eso es lo que sentía, como que me suprimían la sensación entre comillas de sentirme deprimida, pero en realidad podía estar acostada sin sentir nada. Como que me quitaban las emociones..." (E2PA9PR15)

"Después me metían a centros como de rehabilitación, pero donde por ejemplo en lugar de..., no sé po, yo drogarme con pegamento me daban clona u otras drogas. Entonces al final nunca salí del círculo, nunca, nunca me sacaron de un círculo de drogas. No me dejaron sin drogas nunca, en toda la adolescencia e infancia" (E2PA5PR14)

A partir de esto, vemos como el tratamiento biomédico responde a lógicas de control y anulación del ser que determina la perpetuación de las voces subalternas que conlleva a la disolución del sujetx. Esta **disolución del sujetx** para nostrxs, constituye un eje fundamental para el análisis de la construcción del ser mujer loca y su producción como no existente, en tanto entendemos que esta razón por la cual, se decidió crear subdimensiones: diagnóstico psiquiátrico, estigmas y deshistorización del sujetx; las cuales nos permitieron visualizar de mejor manera las condiciones que posibilitan dicho proceso.

La primera refiere al **diagnóstico psiquiátrico**, el que, a partir de criterios de normalización rotulan la existencia de las personas, sustituyendo las subjetividades por síntomas, limitando las transformaciones personales y colectivas a mero desequilibrio mental; por otro lado, los diagnósticos son registrados en un historial psiquiátrico, el que es utilizado como antecedente que superponiéndose a todo tipo de análisis de las situaciones que desencadenan una problemática e invalida cualquier otra interpretación de los hechos. De esta manera, se pudo constatar por medio de las entrevistas, la dinámica que se produce al ingresar al sistema de salud mental, la que de acuerdo a las conductas que las personas experimentan en diferentes momentos de sus vidas generan una variación y sumatoria de los diagnósticos psiquiátricos.

"mis familiares no me creen que estoy bien po, ellos no no no no dicen eh... ven que hago cualquier cosa que esté fuera de lugar y ya, ya te tomaste las pastillas, tómate la pastilla o tómate la pastillita (imitando a los familiares) ese es un cambio general en el mismo..." (E3PA11PR34)

La constante variación de estos diagnósticos psiquiátricos hace que el historial se vaya agrandando cada vez más, aumentando con ello el peso del rotulado generando una mayor carga de **estigmas** sociales que determina que estas etiquetas sean concebidas socialmente, desde prejuicios que hacen concebir a las personas con características negativas, peyorativas y despectivas, las que son sostenidas indefinidamente en el tiempo;

"no vas a salir nunca más de eso, es tremendo, es un estigma, es un seguir un problema, seguir de otro que se va sumando a otro en vez de resolverlo" (E1PA6PR16)

Además, se evidencia que la hegemonía y reproducción del discurso psiquiátrico, descontextualiza la experiencia de las personas que son psiquiatrizadas, reduciendo lo que les sucede a efectos de una falla de neurotransmisores, hecho concebido desde una perspectiva positivista, como hecho dado, y por tanto sin historia. Es así como en los relatos de las entrevistadas se constata la **deshistorización del sujetx**, la que niega su historia personal y contexto político y social, acallando los efectos de condiciones materiales y simbólicas dañinas que son producidas por la estructura social y la articulación de los sistemas de opresión;

"lo que necesitaba era que cambiara mi situación, que hubiera un equipo como, no sé, socio no sé que, que me dieran un espacio tranquilo donde vivir, no una pastilla pa' aceptar la situación, no sé, no sé en qué me iba ayudar la wea."(E2PA13PR52).

Por otra parte, la doble posición de subalteridad de las mujeres locas, está dada por el discurso psiquiátrico y su **complicidad con el patriarcado**. Como pudimos constatar durante el desarrollo de las entrevistas, la violencia machista es justificada mediante la contención de conductas producidas por la sintomatología del diagnóstico y patologizando cualquier desviación de los parámetros femeninos impuestos a las mujeres, tanto desde la institución con lógica psiquiátrica como por el resto de la sociedad, incluyendo a la familia.

"las mujeres con diagnóstico estamos mucho más vulnerables a porque estamos locas socialmente, entonces nuestra voz vale callampa en realidad. Como que tu voz es objetada absolutamente porque tú tienes un diagnóstico psiquiátrico, porque socialmente está super aceptado" (E2PA21PR80)

1.2 Sistema moderno colonial de género

El sistema moderno colonial de género (o colonialidad del género) dictamina la concepción de género a partir del heterosexualismo, la dicotomía y el dimorfismo sexual. Las entrevistadas ponen de manifiesto cómo este sistema las obliga a seguir normas de comportamiento que limitan su existencia desde una sola única forma de ser mujer, que bajo la lógica de la psiquiatría patriarcal, las anula en tanto mujeres y locas, sometiéndolas a cuestionamientos y críticas sociales. Considerando lo anterior, se abordaron temáticas en torno a la universalidad del ser mujer y ser mujer loca.

1.2.1 Universalidad del ser mujer

La universalidad del ser mujer es una construcción de poder social a partir de categorías hegemónicas que visibilizan una sola forma de ser mujer correspondiente a características determinadas como la raza blanca y heterosexualidad. Esto da cabida para que cualquier actitud, práctica, apariencia desviada de la estrecha norma que valida a las mujeres, sea estigmatizada y patologizada, como sucede con las mujeres denominadas locas.

Al análisis, se visualiza que un modo de reproducción de esta concepción es a través de los roles y estereotipos que deben cumplir las mujeres en su cotidianidad y a lo largo de su vida, siendo más estrecha la línea de ser, pensar y actuar, en comparación a los hombres. La universalidad del ser mujer y su patologización se evidencia en los diversos discursos de las mujeres entrevistadas, destacando aspectos importantes en torno a los patrones y normas, y sobre el heterosexualismo.

Dentro de los **patrones y normas** que envuelven al ser mujer, encontramos los roles que socialmente se deben cumplir, como el ser mamá o el ser esposa, conllevando que la cotidianidad de las mujeres gire en torno a un otrx, teniendo que dejar su vida en un segundo e incluso tercer o cuarto plano.

Una de las implicancias de esta estrecha brecha de patrones y normas hacia la mujer, es la presión social e institucional que se ejerce para cumplir con aquellos estereotipos que se esperan de ellas, es aquí donde se evidencia a la psiquiatría como un medio de control para mantener esta normatividad, ya que la mujer cuando en su ser, pensar o actuar no opera bajo estas lógicas, es estigmatizada, patologizada, violentada y psiquiatrizada.

"yo tenía que ser madre y pensar solo en mi hijo porque yo ya era mamá entonces, yo ya era po, mi vida se había terminado. Mi vida se había terminado, textualmente me dijeron eso, como que tu vida terminó y empezai a hablar de tu hijo, tení que vivir por tu hijo." (E2PA16PR61)

"me gustaba andar con la misma ropa siempre o con ropa rota, me daba igual, no estaba ni ahí con pintarme, nunca estado ni ahí con pintarme, entonces era como... era un motivo de...de era como... más bien un indicador de depresión en las niñas que no... que no seguíamos ese estereotipo de estar bien arreglada, sobre todo en los hogares mixtos, eso sí que lo vi mucho en los hogares mixtos" (E2PA22PR84)

Bajo estas mismas lógicas opera el **heterosexualismo**, el cual lo entenderemos como la hegemonía dualista entre mujer y hombre como forma única de orientación sexual. Esta temática vuelve a repetir el patrón de patologización y exclusión en torno a cualquier desviación de la norma, en muchas ocasiones, agregando al lesbianismo o bisexualidad como síntoma de alguna patología psiquiátrica. Es así como se refleja,

tanto en las dinámicas institucionales como en las relaciones sociales externas a ellas, un discurso social heteronormativo que discrimina/violenta y a la psiquiatría como mecanismos de invisibilización/patologización.

"eso no quería decir que me gustaran todas las mujeres y ni todos los hombres, entonces trataba de explicar, pero en realidad era como... que lo anotaban como un síntoma de algo." (E2PA23PR86)

"lo hubo más con otras personas, por ejemplo, con personas con quien viví que.. como que no sé una vez una persona me salió diciéndome a tú tenías que decírmelo antes que eras lesbiana (risas) y porque estamos compartiendo casa pero tú tienes tu pieza yo tengo mi pieza compartimos el arriendo" (E4PA10PR22)

1.2.2 Ser mujer loca

A partir de la universalidad del ser mujer y del sistema moderno colonial de género, entenderemos la denominación de ser mujer loca a aquella desviada de la norma determinada por esta única forma de ser mujer. Por tanto, el tener un diagnóstico psiquiátrico y el alejarse de los estereotipos o roles impuestos, se desvincula en muchas ocasiones de una concepción positiva e ideal de la categoría mujer, sobre todo ante los ojos de personas, profesionales y/o instituciones que validan las lógicas patriarcales y psiquiátricas.

De este modo, existe un cruce de opresiones en torno a la mujer y la locura, cuya influencia se encuentra más allá del escenario psiquiátrico al inmiscuirse también en el terreno de la vida cotidiana. Es aquí donde se evidencia la ausencia de la

interseccionalidad en la praxis de distintos actores, y a su vez, se visualizan una gama efectos de la desviación de la norma del ser mujer como el ser cuestionada desde el ser, saber y hacer.

Esta **ausencia de la interseccionalidad**, se ve reflejada en una falta de reconocimiento de la doble opresión que produce un no lugar, violencia y exclusión, como es en el caso del género y la locura. Un ejemplo claro es el sistema patriarcal en que operan los dispositivos de salud mental y psiquiatría, en el que se observa un cuestionamiento hacia el rol de madre a partir del historial psiquiátrico. De igual manera, esta ausencia de reconocimiento se constata en los distintos agentes sociales que alzan su bandera por una lucha y transformación social desde perspectivas feministas, quienes sin embargo, siguen reproduciendo otro sistema de opresión al hipermedicalizarse o patologizando las desviaciones del ser mujer y la diversidad de orientaciones sexuales, haciendo válido el sistema psiquiátrico patriarcal.

"Cuando aquí, como siempre más, hasta feministas tienen esta actitud ahora, de hipermedicalización, sin ninguna reflexión de lo que es la psiquiatría patriarcal, porque la psiquiatría de verdad es un arma que el patriarcado utilizó"
(EIPA12PR53)

Por otra parte, en los **efectos de la desviación** se muestra que existen repercusiones en la vida cotidiana del ser mujer una vez transgredida la brecha en que se le permite transitar para ser validada o visibilizada. Se reproducen discursos hegemónicos patriarcales y además psiquiátricos que revelan que el saber psiquiátrico tiene implicancias sociales que producen estigmas en torno a la mujer y por tanto, se le acalla, cuestiona y anula frente a su actuar y el incumplimiento de sus roles.

"cuando fui a la cuestión del papá, fue como peor todavía porque la familia se otorgaba el derecho a juzgarme porque yo quería empezar a salir, entonces si

me atrasaba en llegar, por ejemplo, a no sé, como que yo estaba abandonando al Víctor." (E2PA15PR59)

1.3 Prácticas coloniales de TO

Las prácticas de la TO que comprenden como colonizadoras son aquellas que invisibilizan a la persona al plantearse desde la asimetría y la descontextualización funcionalista. Éstas se fundamentan al menos en dos monoculturas invisibilizadoras, que hemos definido como subcategorías, la Monocultura de escala dominante y la Monocultura de lógica productivista.

1.3.1 Monocultura de escala dominante

Esta monocultura establece la universalidad como mecanismo de interpretación de las experiencias de las personas, lo que genera el invisibilizamiento de sus realidades concretas y particulares negando su voz y autonomía. En las entrevistas, hemos observado una **concepción de sujetx pasivx**, en el que la TO tiene el saber desde donde construye los objetivos de la terapia, sin considerar mayormente los intereses y la voluntad de la persona, como relata una de las voces entrevistadas:

"no si está bien, pero haga su trabajo, pero sepa hacerlo hay miles y miles de formas de comunicarse y no es necesario que... que pasen por encima tuyo, o sea que no te pregunten a ti, oye sabes que vamos a hacer esto aquí allá, vamos a hacer terapia pa que tú trabají que sé yo, pa que hagai entrevistas, eso lo vine a saber yo después, porque ahí después me tomaban en cuenta" (E3PA18PR91)

Esta lógica de la escala dominante también se puede observar a través de las prácticas de **estandarización y normalización** de TO. La estandarización la entenderemos como los parámetros que limitan lo normal de lo desviado y a la normalización como la búsqueda del cumplimiento de estos parámetros que, en el caso de las mujeres, se ve reflejado en el ser, pensar y actuar que se imponen desde lógicas patriarcales. Una herramienta utilizada por la TO son las pautas estandarizadas que se aplican para guiar el plan de intervención que se realizará en función de la restitución de las habilidades perdidas para alcanzar los estándares predefinidos. Lo anterior, sólo se logra plasmar en la experiencia de una de las entrevistadas durante las sesiones de TO que recibió, donde el objetivo impuesto remitió a la normalización de su apariencia personal en base a los estereotipos de la categoría mujer.

"ella quería hacerme una esta de que me vistiera más acorde a mi edad. Yo la quedé mirando, y le dije yo y qué tiene que ver que yo me vista y que yo me pinte y que yo me pinte el pelo y que yo me haga, me cuide... porque quería que yo como que yo cambiara de la apariencia de afuera." (E3PA24PR80)

1.3.2 Monocultura de lógica productivista

Esta monocultura instala la productividad como prioridad, en cuanto a máximo valor social, relegando a la ausencia aquello que es considerado como improductivo. Esto encuentra eco en la práctica de TO que tiende a homologar la inclusión con la inserción laboral de las personas en el mercado económico. En las entrevistas se abordan temáticas en torno al trabajo y la funcionalidad, los cuales responden a esta monocultura.

El **trabajo** como una actividad de la vida cotidiana, es comprendido bajo lógicas productivistas que, desde la experiencia que tuvo la entrevistada con TO, se utilizó como mecanismo de reinserción social, cuya intervención estuvo enfocada únicamente al cumplimiento de la norma que se requiere para trabajar.

"Como que nosotros estamos aptos para trabajar, como le decía la Joselyn, estamos aptos para trabajar pero no estamos aptos para otras cosas. Entonces eso es lo que hace la terapia ocupacional, te hace para que tu vay dando vuelta el chip para que trabaji." (E3PA25PR84)

En la cita anterior se evidencia que se prima la capacidad de trabajo en desmedro de otro tipo de ocupaciones que puedan ser importantes para la persona, por tanto, no considera su subjetividad ni se pregunta lo que necesita y desea realmente la persona en ese momento de su vida. Del mismo modo, se puede ver cómo la práctica de la/el TO posiciona la problemática únicamente en la persona, desde la **funcionalidad**, buscando restituir capacidades personales y sociolaborales que permitan el desarrollo óptimo de su desempeño, con el objetivo de que su participación en el contexto laboral, responda a las lógicas de producción y ganancia económica determinadas por el modelo capitalista.

"La que hace terapia ocupacional es la que te ve todo lo que para ver como vay a trabajar, porque a ti, a los loquitos le gusta que trabajen po cierto." (E3PA25PR84)

1.4 Descolonizarse de la psiquiatría patriarcal

Esta categoría visualiza cómo estas mujeres, tanto a nivel personal como colectivo, se enfrentan a la psiquiatría patriarcal descolonizándose de su saber/poder, haciendo emerger nuevos saberes/prácticas a partir de la colectivización de la experiencia de las mujeres, al mismo tiempo que se descentran los conocimientos hegemónicos en salud mental desde una crítica feminista. Se han dividido los campos de significación en 3 subcategorías, la primera respecto a la ecología de saberes, entendida como la pluralidad de saberes que emergen desde las mujeres y el colectivo; la segunda, corresponde a la interseccionalidad, entendida como categoría de lucha respecto a las opresiones múltiples que experimentan estas mujeres y finalmente el contexto situado, desde el cual se evidencian las experiencias de vida y sentidos y significados.

1.4.1 Ecología de saberes

Desde la experiencia de las mujeres y su confluencia en el Colectivo No es lo mismo ser loca que loco, van emergiendo nuevos saberes, constituidos a partir de una visión crítica frente a la hegemonía de la psiquiatría patriarcal. La supremacía de la monocultura del saber científico psiquiátrico se ve cuestionada por los diversos saberes que emergen a modo de crítica, y que nacen de la experiencia misma de las mujeres del Colectivo. El acrecentamiento del saber/poder de estas mujeres permite romper con la lógica verticalista que sitúa a la psiquiatría por encima de las sujetas, por lo que la generación de una ecología de saberes se constituye como fundamento de su lucha. Para la utilización de esta diversidad de conocimientos se va priorizando según la necesidad contextual de la(s) persona(s), de sus particularidades históricas y culturales, y del momento que se esté viviendo.

Para socializar estos saberes, e intentando a su vez generar repercusión social por medio de la denuncia de las prácticas de coerción y violencia en salud mental que experimentan las mujeres, se constituye el **Activismo**. Estas mujeres, como colectivo feminista, han logrado visibilizar el carácter agresivo y patriarcal de la psiquiatría y la patologización institucional y social de la mujer, lo que hasta el momento muchos colectivos del movimiento feminista no habían considerado:

"empezamos a pasarle esa inquietud a alguno de los colectivos feministas con los cuales nos hemos un poco hermanao' pero no tenían muy cuestionado el tema de la locura, de la patologización de ser mujer y como el hecho, pero más bien como... no solamente como biomujer, no solo sin género, todo el ser mujer, trans gay y todo eso" (E2PA26PR93)

Además de lograr establecer lazos de fraternidad con otros colectivos feministas, las entrevistadas relatan que se han realizado funas a hospitales psiquiátricos, se han hecho difusiones, por ejemplo, en el día de la salud mental, a modo de visibilizar las prácticas violentas de la psiquiatría, y se han manifestado de manera ascendente los resultados del activismo, como el mayor interés que han visualizado de parte de las personas sobre la lucha que imparten; el crecimiento mismo de lxs participantes y la totalidad del colectivo, diversificando y especializando temáticas emergentes que han surgido a partir de sus constantes reflexiones y problematizaciones; tal como relata una de las entrevistadas:

"Es un engranaje lo que se va haciendo, un arbolito que va creciendo que te va dando hojas, te va dando ramas, te va dando frutos; el fruto se está viendo ahora, después de tres años de estar en lucha, salieron dos grupos. Independientemente si el grupo sigue o el grupo no sigue, pero salió de ahí, fue un granito y eso fue cooperación de todos, de todos los grupos. Los grupos salieron, pero salieron de todo lo que hicimos anteriormente" (E3PA20PR68).

La noción de **Pluriversalidad** es la que plantea una convivencia diversa de seres, concepciones y pensamientos en un mundo articulado desde la ecología de saberes. Por tanto, desde el análisis de las entrevistas, se pudo constatar un proceso hacia esta noción que inició con reflexiones personales que conllevaron a la desnaturalización de prácticas vulneradoras y posteriormente colectivizando los saberes.

El cuestionarse la imposición de una única forma de concebir la realidad, la institucionalidad y la locura fue lo que las llevó a tomar una posición crítica de sus experiencias, lo que les permitió **desnaturalizar prácticas** que se contextualizan en preconcepciones y concepciones hegemónicas imperantes a las que se vieron enfrentadas. Este cuestionamiento que han hecho las entrevistadas desde su espacio personal, corresponde a críticas a las lógicas con las que se articula la sociedad, a las lógicas carcelarias con la que operan las instituciones, como SENAME y dispositivos de salud mental en el que han transitado, y al uso - y abuso - de medicamentos como herramienta de solución a las problemáticas. Este desnaturalizar prácticas conlleva a dejar de creer en la científicidad psiquiátrica, rescatando prácticas de medicación autocontrolada, decidiendo por sí mismas suspender la medicación o disminuirla, como también prácticas de apoyo sin prejuicio psiquiátrico, en las que la psiquiatría no significó una opción al momento de resolver situaciones difíciles que requerían de apoyo, acudiendo más bien a la preocupación y la escucha. A partir de un sentirse diferente, una de las entrevistadas establece una desnaturalización del concepto mismo de locura:

"yo nunca logré considerarme loca, ya... Igualmente me pasaban cosas raras, tenían complicaciones un poco en mi vida, era algo... Uno se lo pone también, "soy rara", "no soy rara", pero en mi cabeza era, no, yo no estoy loca. Además, yo no sé, como un sentimiento muy fuerte de no creer en la locura, de hecho"
(E4PA1PR1)

Dentro de las lógicas pluriverbales y junto a las prácticas ya desnaturalizadas, es posible hacer emerger los **saberes colectivos**, entendiendo éstos como saberes generados desde el colectivizar las experiencias y reflexionar en torno a éstas. Estos saberes constituyen el sostén del Colectivo, generando un discurso distintivo y propio, caracterizando una voz de denuncia, basada en vivencias concretas, donde la opresión de una implica la opresión de todas. Los saberes colectivos se materializan y cobran funcionalidad en el apoyo desde la experiencia, generando instancias de escucha y contención, y una red de apoyo, al margen de la psiquiatría:

"se está creando una alternativa a la psiquiatrlización porque am... creando dinámica de afecto, de escucha, de apañe o desarrollando otros modales, otra conciencia de sí misma junto a los otros, no no, no es un psiquiatra que te va diciendo qué es lo que te va pasando, eres tú que lo vas analizando con otras" (E4PA13PR28)

En la cita vemos que los saberes colectivos se configuran desde la necesidad de apoyarse desde los afectos y la escucha, y a partir del análisis individual y colectivo, como alternativa a una psiquiatría fría, normativa y alienante. Además, es posible identificar que por medio de la realización de conversatorios se va generando este saber colectivo, nutriéndose con el diálogo/debate con la comunidad, en torno a experiencias, pensamientos, apreciaciones y reflexiones:

"Igualmente vamos llevando la instancia en varios lugares, como... informando, compartiendo, tratamos de encontrar la mejor calidad de vida para nosotras, que igual se pueda dar para otras más" (E1PA12PR55)

La experiencia generada y convertida en saber también les permite un actuar en base a la experiencia, respecto a la forma de comportarse frente a un psiquiatra o durante las internaciones mismas, por ejemplo, el cómo hablar, el qué decir y el qué hacer frente

al profesional, para de este modo no salir perjudicada o dañada por el proceder psiquiátrico. Del mismo modo el saber colectivo decanta en técnicas o herramientas para la revinculación, entendidas como herramientas personales para sobreponerse a sí mismas frente a malas sensaciones o malos momentos, por ejemplo, respirando y sintiendo su propio cuerpo.

1.4.2 Interseccionalidad

Tal como se menciona en el marco teórico, la interseccionalidad es uno de los elementos claves del feminismo decolonial, el cual debe centrarse como proyecto político con el fin de lograr la transformación social. Durante las entrevistas se abordan temáticas relacionadas a la interseccionalidad de opresiones que se generan de manera personal a partir de las propias experiencias y reflexiones en torno a la suma de opresiones que han vivido, lo que las lleva y/o motiva a actuar de manera activa en la lucha. Estas giran en torno a la politización de las mujeres dentro del colectivo, las ocupaciones colectivas y resistencias que abren paso a la visibilización de aquellas que han sido acalladas e invisibilizadas, dicho en otras palabras, se han rescatado voces subalternas a los mecanismos de poder, como lo es la psiquiatría.

Los términos de **politización**, se abordan bajo el contexto del colectivo Libremente y del colectivo No es lo mismo ser loca que loco. Esta es entendida como un proceso y forma de participar otorgando contenido o carácter político a la temática, en este caso, feminista, dentro de un cuestionamiento antipsiquiátrico. En el colectivo se reconocen las distintas luchas, como la lucha de clase, pero se opta por una posición feminista en que la mujer trabajadora no las contempla; y por otra parte, reconocen la doble opresión que se ejerce en las mujeres por parte de la psiquiatría como brazo armado del patriarcado, ya que los tratos hacia las mujeres bajo las lógicas psiquiátricas,

no son los mismos tratos que se le otorgan a los hombres, por lo que, como colectivo toman la interseccionalidad como resistencia frente la psiquiatría y el patriarcado como posicionamiento y herramienta de lucha, por tanto, un trabajo constante que realizan es la reflexión y problematización en torno a las temáticas que se desprenden de estos mecanismos de control y poder, permitiendo de este modo ir creciendo de manera tanto individual como colectiva. El colectivo se posiciona desde el feminismo, pero no cualquier feminismo:

"desde el feminismo, pero desde un feminismo que es loco desde la locura desde nuestra experiencia desde la locura reivindicando nuestro ser loca"
(E2PA26PR94)

"todos hemos vivido violencia institucional psiquiátrica en mayor o menor medida estamos todos ahí por distintos intereses, pero no se reconocía como políticamente, no había un escrito, no había una declaración, no había nada como concreto, si bien estaban estas inquietudes de género sí las mujeres también, pero eh el hecho de que las mujeres, por el solo hecho de ser mujeres, tenemos experiencias diferentes". (E2PA25PR92)

En el colectivo podemos identificar la ocupación en un nivel mayor, ya no desde un sujeto individual, sino desde uno colectivo, el cual promueve la realización de **ocupaciones colectivas**, generando a través de ellas cohesión y sentido de comunidad. La principal ocupación colectiva y que posibilita la emergencia del grupo como una alternativa (terapéutica) a la psiquiatría es el apoyo mutuo, el intercambio afectivo, la solidaridad, lo que han llamado humano-shock, y que todas las entrevistadas manifiestan experimentar dentro del colectivo; como también la utilización del recurso de amparo como medida legal radical para el rescate de las que les han aplicado el encierro forzoso.

"algo que Librementemente tiene que es como el factor humano como el apañe no sé esta cosa de de reconocernos entre todos y darnos apañe y eso me motivó a quedarme que era una dinámica diferente" (E2PA25PR91)

A partir de las experiencias de vida de las mujeres, coinciden en optar por una posición de **resistencia** ante prácticas hegemónicas socialmente impuestas hacia ellas y ante prácticas vulneradoras, luchando en contra de la dominación del discurso psiquiátrico patriarcal en diversas situaciones a las que se han tenido que enfrentar. Dentro de estas situaciones, se visualiza el resguardarse de ser psiquiatrizada tanto por lxs profesionales como de su red familiar, con el fin de proteger su integridad desde los prejuicios, sobremedicación, como en los distintos tipos de violencia que podían ejercer sobre ellas. La resistencia constituye para ellas, negarse a la imposición y reproducción de los discursos dominantes, promoviendo la autodeterminación como una contrarrespuesta a la anulación del ser.

"también tenía que yo medicarlos y así como que yo puse caleta de objeción y le dije al... psi... al director del hogar que yo no quería dar medicamentos, primero porque yo no era enfermera y me podía equivocar y segundo porque yo veía que [LA CANTIDAD.; 1:00:23] de medicamentos era heavy"(E2PA30PR101)

Para **rescatar voces subalternas**, se debe romper con las concepciones del discurso psiquiátrico patriarcal, para posibilitar la emergencia de las voces silenciadas a causa del no cumplimiento de los parámetros de normalidad impuestos por la psiquiatría patriarcal. Esta emergencia es expresada por las entrevistadas, en primer lugar, desde el reconocimiento de una diferencia que posibilita diversos modos de ser y de reaccionar ante situaciones de vidas, y segundo, por la aceptación de esta diferencia como parte de su identidad, permitiendo transformar los estigmas en las luchas por la liberación.

"es darte cuenta de tu propia marginalidad y cuando ya aceptas eso y lo [abrazas.; 57:24] como parte de tu personalidad, yo lo siento parte de mi identidad, ya es ser como una mujer ah... subversiva, es una subversión a todo lo que está impuesto. " (E2PA28PR98)

1.4.3 Contexto situado

El contexto situado se instala como una resistencia contrahegemónica, relevando la importancia a las condiciones simbólicas y materiales que circunscriben las experiencias de las mujeres locas y los significados que ellas le otorgan a su existencia e historicidad.

El **reconocimiento de experiencias** que constituyen a las mujeres, contextualiza sus subjetividades y, por tanto, sus diversas maneras de ser y estar en el mundo. De esta manera, la locura se descentra de comprensiones orgánicas, dando cabida a un análisis desde cada historia de vida y sus implicancias. Para las mujeres entrevistadas, esas experiencias estaban caracterizadas por muerte de familiares cercanos, dando paso a una escasa red de apoyo ante las adversidades, lo que posibilitó situaciones de vida duras, como lo es vivir en la calle, ser institucionalizada en hogares desde temprana edad e intentar suicidarse.

"Viví sin papá, sin mamá, eh... me hice la vida sola, toda la vida sola, he conocido hartas soledades, pero la que pase con mi hi... con... lo que he estado pasando con mi hijo fue la última soledad que ya... fue... fue como terrible" (E3PA4PR1)

Los **sentidos y significados** personales que cada mujer atribuye a su experiencia, constituyen el punto de partida para la lucha contra las diversas posiciones de opresión en que se encuentran las mujeres. En la experiencia del Colectivo No es lo mismo ser loca que loco, este despertar de la conciencia individual, comenzó a ser colectivizado y politizado por medio de diálogos que, a su vez, impulsaron la creación de nuevos significados, definiendo el espacio como una oportunidad de reconocimiento, apoyo mutuo y de transformación desde un feminismo antipsiquiátrico:

"No es lo mismo ser loca que loco que me hace mucho sentido como político como de apañe, nosotras entre todas como un tejido... ahí fuimos cultivando como cierta resistencia hacia el machismo y hacia la violencia psiquiátrica que yo encuentro una vinculación estrecha" (E2PA28PR97)

VI. DISCUSIÓN FINAL

A través de este seminario, tuvimos la oportunidad de acercarnos a las perspectivas del Sur metafórico que configura el campo de lo decolonial. Esta otra forma de comprender el mundo social, responde a una revolución paradigmática que está ocurriendo simultáneamente en distintos lugares, a partir de un tránsito colectivo hacia el desprendimiento del conocimiento moderno eurocentrado, como emergencia de las voces que han sido históricamente silenciadas.

No obstante, las limitaciones que se presentaron en el desarrollo de la investigación, guardan relación con el tiempo y la adopción de una perspectiva decolonial. Para llevar a cabo la praxis decolonial a cabalidad, es primordial que los investigadores se involucren en el contexto cotidiano de las personas con las que desea trabajar, a fin de que ellas sean partícipes también, de la elaboración y reflexiones de la investigación. Esto se presenta como una limitación, puesto que se cuenta con un determinado tiempo para desarrollar el seminario, el que es compartido además con prácticas profesionales, lo que ocasionó finalmente pequeños espacios en los que pudimos participar activamente junto al Colectivo. Frente a esto, se decidió otorgarle una perspectiva de deseo decolonial, en tanto comprendemos que este es el inicio hacia la emergencia de nuevas praxis fundadas en el reconocimiento, respeto y libertad. Por otro lado, encontramos limitaciones en la producción de la información, en un comienzo el trabajo de campo estaba orientado al desarrollo de 5 entrevistas, las que finalmente terminaron siendo 3, dado a problemáticas personales de las participantes del colectivo.

Las reflexiones que plasmamos a continuación, son el resultado del inicio de un proceso de descolonización cognitiva, que como personas vivimos durante este año de trabajo, en relación a la violencia con que la psiquiatría patriarcal se ha impuesto en el inconsciente colectivo, situando a las mujeres con rótulos psiquiátricos en una posición de estigmatización, y por tanto, de no existencia, a través de la construcción y

reproducción de la categoría mujer loca. Este proceso significó una introspección a las concepciones y preconcepciones que han estado a la base de nuestra interpretación del mundo, la que ha sido aprehendida inconsciente y reproducida acríticamente en nuestras relaciones interpersonales y desde las instituciones socializadoras, como lo es la academia, cuya exposición comienza desde edades muy tempranas, prolongándose a la media de 15 años de estudios dentro de un sistema que sustenta sus bases al alero de visiones eurocéntricas, capitalistas y patriarcales, contexto que circunscribe nuestra formación como terapeutas ocupacionales.

Ante esta introspección y de nuestro interés en el feminismo y la praxis de la TO en el campo de la salud mental, ambos concebidos en un inicio como realidades distantes entre ellas, es que empezamos a problematizar situaciones cotidianas en torno al ser mujer, que nos llevaron a pensar en una complicidad entre la psiquiatría y el patriarcado, sin poder vislumbrar el mecanismo que la generaba. De esta manera, y frente a las inquietudes en torno a los significados del ser mujer y, por otra parte, del ser loca, junto al deseo de liberación de la colonialidad, es que nos preguntamos: ¿Cómo se expresa la colonialidad del género en la construcción del ser mujer loca que ha transitado por dispositivos de salud mental?

Uno de los ejes que nos permitió dar respuesta a esta interrogante, guarda relación con el sistema moderno colonial de género, cuyo discurso establece los parámetros que delimitan el ser y estar de las mujeres dentro del funcionamiento de la sociedad, otorgándoles características que son inamovibles y que estandarizan la experiencia de ser mujer; por lo que se comporta como un sistema excluyente ante el no cumplimiento de estas pretensiones. La mujer cuenta con un estrecho espacio de tránsito en torno a sus conductas y roles, momento en el cual, el patriarcado genera una alianza con la psiquiatría, cuyo fin es perpetuar su reproducción. Para esto, se introduce una amenaza implícita de patologización ante cualquier desviación de la norma femenina. Dicha amenaza, que es utilizada como herramienta de la complicidad, radica en el

cuestionamiento, los juicios, discriminación y exclusión social, a los que se vería enfrentada una mujer, siendo todos estos, mecanismos de vulneración y violencia sistemática que provoca su anulación, al renunciar a su existencia evitando el castigo. En otras palabras, la mujer para no ser juzgada evita ciertos comportamientos, cumple ciertos parámetros, para de este modo evitar el escarmiento o la sanción, coartando la verdadera extensión de su ser, mortificándose.

Esta complicidad fue denunciada por las mujeres entrevistadas, quienes refirieron prácticas patriarcales justificadas y naturalizadas a partir de la sintomatología que supone un diagnóstico psiquiátrico, así, la diversidad sexual no heterosexual era explicada, por ejemplo, por características de un trastorno limítrofe, justificado por la carencia de reglas y estructuras sociales sólo por el hecho de sentir atracción hacia una persona del mismo sexo, por tanto, patologizando la libertad de amar a quien se quiera.

Las mujeres reconocen en ellas la doble vulneración, situando la discriminación que se vive por el hecho de ser mujer, pero añaden el estigma social fundado en el discurso psiquiátrico, el que es validado por toda la sociedad incluyendo familia y cercanos, validado debido a la colonización cognitiva, por la colonización del poder, que determina que las personas terminen por articularse con el sistema de tratamiento psiquiátrico, el sistema patriarcal y moderno colonial de género.

De esta manera, la psiquiatría, desde sus prácticas opresivas, tanto a nivel material/corporal, a través de psicofármacos, encierros y prácticas electroconvulsivas, como también a nivel interno/subjetivo, invalidando su voz por medio de la rotulación con uno o más diagnósticos, de la medicalización y/o patologización de la orientación sexual, es que se produce una doble posición carente de una interpretación interseccional de estos sistemas de opresión. Se deja de ser mujer al no cumplir con la normalidad en torno al género y racionalidad del ser, obligando el ejercicio de roles para constituirse como tal, y coartando éstos, ante la incapacidad de juicio y autodeterminación, en

palabras simples: por ser loca. Frente a este escenario del ser mujer y ser loca, se produce una ambivalencia entre lo que exige el patriarcado y lo que anula la psiquiatría, por lo que las mujeres resignifican su experiencia construyéndose como un no ser, pero un no ser con características impuestas desde la psiquiatría patriarcal que definen su nueva posición en el mundo social.

Esta posición del no lugar, constituye para nosotrxs el punto de inflexión entre la reproducción de la invisibilización a la transformación hacia la emancipación. En un primer momento la denominación de ser mujer loca constituye un rótulo-estigma creado e impuesto por la psiquiatría patriarcal, desde el cual la sociedad extra-institucional ejerce la estigmatización. No obstante, existen movimientos sociales que nacen y luchan en contra de esta imposición, como el colectivo de No es lo mismo ser loca que loco, rompiendo el estigma al abrazar el rótulo (de loca), para resignificarlo.

Despatologizar la noción de loca, des-psiquiatrízándola, es parte de un doble proceso de descolonización y reapropiación de la noción, haciéndola suya. Es la contrarrespuesta de la construcción del ser mujer loca desde una posición política de resistencia. Es creer en la locura, pero no en la enfermedad mental, para así convertir el estigma en lucha. Porque la lucha es también cognitiva, marcada en el colectivo con el florecer de los saberes colectivos que reflejan un razonar propio y situado, a partir de la experiencia propia de la violencia psiquiátrica patriarcal, libre de la injusticia cognitiva que colonice el pensar. El colectivo permite que las mujeres, que la psiquiatría ha invisibilizado y reprimido haciéndolas permanecer en el otro lado de la línea, puedan recrearse a sí mismas como emergencia, constituyéndose en ecología de saberes, y a la vez en activistas con voz política acerca de la crítica a la psiquiatría y la salud mental, utilizando como herramienta el iniciar procesos de concientización social por medio de la acción política, materializada en acciones concretas como difusiones de las reflexiones y resignificaciones a las que han llegado, por medio de conversatorios, funas y marchas.

Este activismo no se queda sólo con lo que sería la protesta y el alegato, sino que también incorpora la acción política concreta en contra de los abusos del poder psiquiátrico, llegando incluso a establecer medidas legales como el recurso de amparo frente a situaciones de encierro forzoso, concibiendo este encierro como una violación al derecho de libertad personal. Esto demuestra un crecimiento en cuanto a estrategias de lucha, donde la unión colectiva e informada desde todos los campos de conocimiento, puede lograr cosas que la individualidad no podría. Es un ejemplo de abandonar las comprensiones individualistas y resignificar desde lo colectivo, desde el reconocimiento de unas con otras, de despatologizar, de revitalizarse y autoconstruirse desde un sentido de comunidad por vía de ocupaciones colectivas, que han generado una voz propia.

Desde nuestra experiencia junto al Colectivo No es lo mismo ser loca que loco, declaramos tajantemente que la emergencia de las voces silenciadas, constituye el cambio paradigmático y revolucionario a la liberación de los discursos dominantes.

La TO sitúa su campo de acción en la vida cotidiana, escenario en el cual se producen y reproducen los discursos sociales que guían las construcciones subjetivas e intersubjetivas que determinan los significados de cada experiencia; por lo que, cuestionarnos las concepciones que circunscriben la construcción del ser mujer loca, constituye para la disciplina de TO la oportunidad de problematizar en torno a esta categoría y reafirmar el compromiso ético y político que sustenta nuestro quehacer hacia el ejercicio del derecho y reconocimiento de las personas y sus diversas formas de ser y estar en el mundo.

Dentro de lo que se indagó sobre las prácticas de TO en el campo de la salud mental, se identificaron prácticas de la disciplina que responden a un actuar colonial, las cuales tenían relación a partir de los mandatos sociales, como la producción y normalidad, al estar enfocadas en el ámbito laboral a pesar de que haya una manifestación, de parte de la mujer, de no querer trabajar. Esta práctica colonial de TO,

además de ser descontextualizada y deshistorizada, también operaba/opera bajo el marco de la universalidad de la mujer, a través de la homogeneización, siendo este un punto clave para la reproducción de la colonialidad del género, ya que sitúa como objetivos terapéuticos la adquisición de parámetros de funcionamiento normales y generización del ser mujer, incitando al deber cumplir estereotipos de vestimenta y presentación que se le otorgan al género, para lograr la inclusión laboral que se buscaba.

Nos encontramos frente a una TO que posiciona la inclusión social por medio de la reinserción laboral, guiando sus intervenciones en torno al entrenamiento funcional, tanto de destrezas como habilidades sociolaborales, que se alejan muchas veces de las necesidades reales y contextualizadas de las mujeres, a fin de cumplir con los estándares que exige el sistema económico y social. Estas prácticas que se realizaban de manera grupal, pero que respondían no a un sujeto colectivo sino individual, constituían un espacio apolítico, alejándose de una TO que posibilite contextos de colectivización y ejercicio ciudadano hacia la transformación de las injusticias sociales que viven en torno a sus rotulados psiquiátricos y posición de mujer subalterna.

Desde este hecho particular, podemos decir que existen formas de llevar a cabo la TO que perpetúan lógicas de control y orden social que coartan procesos de resignificación y siguen reproduciendo la posición de invisibilidad, puesto que la emergencia de la voz de las personas se condiciona al cumplir con el estereotipo de mujer y normalidad social.

Es por medio de esta estandarización, que las situaciones de violencia continúan reproduciéndose, en tanto dejan de ser visibles. La TO que reproduce la colonialidad del género, lo hace desde la complicidad de prácticas patriarcales que no cuestionan el género como posición de subalteridad, y actúa como mecanismo de sometimiento al desarrollar intervenciones descontextualizadas que no posicionan a las mujeres como sujetas activas y conscientes de sus procesos terapéuticos. Dichos procesos se

caracterizan por objetivos terapéuticos que no son construidos en conjunto; por la limitada información entregada; por desplazar los intereses y necesidades reales de las personas en términos de proyectos de vida, situando la reinserción laboral como una instrumentalización de los derechos y la participación social.

En el desarrollo de las entrevistas, solo una de las tres mujeres entrevistadas refirió experiencia con terapia ocupacional, situación que nos llevó a reflexionar en torno a las políticas públicas, planes y programas de salud. En lo que respecta a salud mental, vemos como las llamadas intervenciones psicosociales, dentro de las cuales se sitúa la TO, resultan ser un complemento al tratamiento biomédico y no una primera opción de acompañamiento, lo que supone una visión rehabilitadora y no política de nuestras praxis puesto que se interviene una vez que las situaciones de salud pasaron por un estado crítico, obviando las condiciones psicosociales a la base de las experiencias.

Estas prácticas, nos enfrentan a cuestionamientos de orden ético, en tanto nuestro accionar se enmarca dentro de contextos institucionales que responden a las demandas de un sistema que construye las subjetividades e intersubjetividades al alero de categorías que encasillan los significados y sentidos personales. Denunciar este tipo de prácticas supone tomar una contraposición al opresor, debemos ser responsables en nuestro rol político y comenzar a despatriarcalizar y despatologizar las experiencias de las mujeres en todos los espacios por los que transitamos. Declararse feminista constituye ser feminista, por tanto, sé es feminista también en los contextos laborales, no podemos ser cómplices silenciosxs de las injusticias sociales; y eso trae consigo una carga estigmatizadora, porque el feminismo incomoda a aquellxs que están en situación de privilegios, porque pone en peligro la estructura y orden social.

La transición hacia el desprendimiento paradigmático tradicionalista y la decisión de posicionarnos desde nuevas perspectivas de resistencia y situadas, es el desafío que contemplan las terapias ocupacionales del Sur.

Si bien no existe una definición concreta de una TO feminista decolonial, el posicionarse desde esta perspectiva deviene en el ejercicio de una praxis de transformación social, una praxis que tensiona las nociones colonizadoras que fundan el desarrollo de nuestra profesión. Como terapeutas ocupacionales posicionadxs desde el feminismo decolonial, creemos que la patologización femenina está orientada a la comprensión de una única forma de ser mujer que se configura a partir de la articulación de distintos discursos de poder que nos sitúan en diversas posiciones, las que son vividas, todas, por situaciones de injusticia y violencia sistemática. Como mujeres y compañero, nuestra lucha no sólo es hacia la libertad y autodeterminación de aquellas a las cuales acompañamos, sino que supone reconocernos también como oprimidas, reconocernos en una alianza terapéutica de emancipación. Utilicemos el vínculo como acto de sororidad, como el primer espacio de liberación de las mujeres, de nosotras mismas. Deconstruyamos las ocupaciones de concepciones en torno a género y heteronorma, no supongamos lo que para las mujeres tiene sentido y significado, son ellas quienes guían sus procesos, siendo nosotrxs el vehículo que facilita el tránsito por la vida cotidiana desde el acompañamiento terapéutico que les permita articular sus proyectos de vida en función de sus decisiones y necesidades sentidas.

En el ámbito de la salud mental, dada la comprensión hegemónica que hemos tensionado, las personas y las mujeres son visibilizadas como sujetas pasivas, por lo tanto, la praxis de lxs profesionales, incluyendo a la TO, es realizada de manera asistencialista en diversas ocasiones y obviando consideraciones éticas y de derechos de las personas. Es posible materializar lo mencionado en el relato de una de las mujeres entrevistadas, quien indica que al iniciar su proceso dentro de la red de salud mental, la terapeuta ocupacional en ningún momento le comunicó cuál era su rol y campo de

acción en torno a los aspectos que aborda la disciplina. La intervención que recibió, fue a partir de una relación jerárquica que la profesional estableció, alejándose del poder articular objetivos en conjunto y en función de lo que para la mujer tenía significado en ese instante de su vida, muy por el contrario, estuvo marcada por estrategias terapéuticas que carecían de una perspectiva de derechos que permitieran que la entrevistada reconociera en lo propuesto sus intereses y proyecciones de vida.

Por otra parte, una de las temáticas que se reitera en los discursos de las entrevistadas, corresponde a la toma de psicofármacos, destacando los aspectos negativos que interrumpen con el desarrollo de su cotidianidad, e incluso manifestando que su utilización se aplica con fines de control, amenaza o castigo dentro de una institución. Dentro de las prácticas de TO, la administración de medicamentos y sus efectos, que fueron descritos principalmente como una anulación de la persona tanto física como espiritual, no son abordados como una arista de reflexión y problematización en conjunto a las personas que los consumen, situación que no facilita el tránsito por la vida cotidiana. Por el contrario, cuando los psicofármacos son considerados dentro de los procesos terapéuticos de TO, éstos son vinculados a objetivos funcionalistas que permitan estructurar rutinas que posibiliten la continuidad del tratamiento farmacológico.

Para enfrentar estas situaciones y transformar, es necesario llevar a cabo intervenciones informadas que sitúen a las personas como actores principales de sus procesos, intervención que les permita conocer otras alternativas, otras posibilidades de acción frente a sus malestares, promoviendo la toma de decisiones a su propio ejercicio de libertad, incluso si esa decisión no se circunscribe a la perspectiva que guía la práctica de lxs terapeutas ocupacionales, puesto que debe primar el compromiso ético con las personas y acompañar lo que para ellas tiene sentido y significado y genera bienestar. No informar es coartar el derecho a la libre determinación, pues limita la cantidad de alternativas, el mapa de caminos transitables.

Las problematizaciones que florecen desde las mujeres, nos invita como TO a incorporar dentro de nuestras prácticas la gestión de redes que se descentralice de una perspectiva institucional, redirigiendo la experiencia de vida a la comunidad, entendiendo ésta como el escenario de la vida cotidiana de las personas, de las mujeres; espacio de socialización hacia la transformación.

La experiencia del colectivo para las tres mujeres entrevistadas se manifiesta en la generación de un sentido de pertenencia comunitario, en la sensación de un estar en común, de un contar con un otrx en apañe y escucha. El interés político del grupo, la resistencia, y su deseo de transformación y denuncia contra la psiquiatría patriarcal convive con el apoyo mutuo, la confianza, fraternidad y comprensión, generando un potente tejido de conexión humana. Esto contraviene a la disolución y atomización del sujetx generada por la psiquiatría, constituyéndose el colectivo en alternativa necesaria para la generación de bienestar.

Por medio de este seminario de título, pudimos reflexionar en torno a las prácticas actuales de TO que se constituyen como escenarios de reproducción de patrones individualistas y funcionalistas que no otorgan reconocimiento a la diversidad humana; este punto de quiebre nos permitió dar paso al planteamiento de nuevas perspectivas que permitan redirigir las praxis de la profesión hacia el compromiso político y ético con las personas.

No pretendemos hacer de las epistemologías del sur y sus perspectivas decoloniales, el nuevo saber hegemónico, sino generar una ruptura en las lógicas actuales de ejercer y concebir la TO en el campo de la salud mental y la diversidad de experiencias de ser mujeres. De demostrar que otro escenario es posible en cuanto seamos capaces de mirarnos a nosotrxs mismxs y reconocernos también como parte de las voces silenciadas, somos mujeres, tenemos experiencia con la psiquiatría, y nuestro

contexto es Abya Yala. Es liderar una lucha, no desde nuestras posiciones de poder, sino desde la simetría y horizontalidad.

De esta manera, surge como emergentes de esta investigación y para futuras investigaciones, la invitación a problematizar y comenzar procesos de descolonización de saberes hegemónicos, junto con la reivindicación de una perspectiva feminista dentro de la(s) terapia(s) ocupacional(es). Sabemos que no es fácil tomar este camino, que la colonialidad en la terapia ocupacional se reproduce día a día en diversos lugares, por tanto, nuestro llamado es a no desistir en la lucha, a sembrar semillas que despierten la conciencia social y den frutos de transformación. Llamamos a desnaturalizar las prácticas que alimentan el sometimiento y opresión, como son los estereotipos y categorías que guían nuestra cotidiana forma de vivir y que no dan cabida a la diversidad e inclusión. Todo ámbito de nuestra vida debe ir, por consecuencia, en la misma línea, por tanto, no hay que limitar esta perspectiva transformadora sólo a los espacios en que se ejerce la profesión.

Nuestras acciones tienen efectos en el entramado de la vida cotidiana, en tanto somos sujetxs políticxs; por lo que debemos dejar de desplazar nuestra responsabilidad en la perpetuación de las injusticias sociales y comenzar a actuar haciéndonos parte del problema para ser parte de la solución. Somos nosotrxs quienes decidimos reproducir o transformar nuestra realidad social.

Convocamos a tensionar la academia en su rol reproductor y acrítico frente a las formas de comprender la terapia ocupacional. La formación profesional aún se centra en comprensiones funcionalistas, a pesar de los intentos de algunxs por introducir nuevas perspectivas, por lo que se deben otorgar espacios de debate en torno a las prácticas que actualmente se desarrollan en el campo de la disciplina, cuestionando las relaciones de poder que en ellas se circunscriben, la ausencia de perspectivas feministas, la

descontextualización de nuestro pueblo como parte de un continente Latinoamericano golpeado por sucesivas dictaduras.

Muchas veces, dentro de las metodologías de enseñanza universitaria se mantienen prácticas que reproducen la invisibilización de las personas bajo argumentos de aprendizaje que vulneran su integridad, como el hecho de llevar a una persona para una sala con más de 20 estudiantes para ser entrevistada; situación que se traduce ante un análisis crítico, en una praxis de abuso de poder que reduce su experiencia a un mero estudio de caso, del cual, lxs terapeutas ocupacionales en formación extraen la información de su historia de vida, la que es examinada bajo parámetros de normalización, sin retribuir de ningún modo su participación, ejerciendo una instrumentalización de su persona. Por otro lado, cuestionamos el desarrollo de prácticas profesionales dentro de instituciones en las que se ejerce violencia psiquiátrica, dado que este constituye un mecanismo de perpetuación de las lógicas alienantes, donde el estudiante se vuelve cómplice de éstas y las reproduce.

Para resistir y transformar estas prácticas, se requiere de un diálogo constante entre los mismxs profesionales y la comunidad en torno a cómo se está ejerciendo la TO, estar abiertxs a escuchar la voz del otrx y generar nuevos conocimientos que nos permitan romper con las lógicas patriarcales y colonizadoras y construir desde y para la comunidad. De esta manera, emplazamos a nuestrxs compañerxs y futurxs colegas a desafiar lo establecido y continuar investigando otros horizontes que den sustento a la emergencia de prácticas que nos conduzcan a la transformación social

Esta discusión no tiene un cierre, una conclusión, solo pretendemos abrir el debate, tensionar ¿Seguiremos siendo cómplices de aquellxs que dominan o seremos activistas de la transformación social? ¿Estamos atenuando la vulneración/riesgo que viven las mujeres de manera cotidiana o simplemente nos remitimos a seguir reproduciendo prácticas que silencian las voces de las que son consideradas subalternas?

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Azpiazu, J. (2014). Análisis crítico del discurso con perspectiva feminista. En Mendia., M. Luxán., M. Legarreta., G. Guzmán., I. Zirion, J. Carballo. *Otras formas de (re)conocer. Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista.* (45-60): Portugal, España: Hegoa Pais.

Barroso, J. M. (2014). Feminismo decolonial: una ruptura con la visión hegemónica eurocéntrica, racista y burguesa. Entrevista con Yuderkys Espinosa Miñoso. *Iberoamérica Social: revista-red de estudios sociales* (III), 22 - 33. Recuperado de <http://iberoamericasocial.com/feminismo-decolonial-una-ruptura-con-la-vision-hegemonica-eurocentrica-racista-y-burguesa>

Basaglia, F. (1985). *Mujer locura y sociedad*, UAP.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2017). *Código Penal*. En: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>. Obtenido el 25 de mayo 2015.

Canales, M. (2006). *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*. Santiago de Chile: LOM

Centro de Derechos Humanos UDP, Facultad de Derecho. (2015). *Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile*, Santiago, Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.

Chávez de Santacruz, N. (1994). Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer: convención de Belem do Para. In *24. Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de los*

Estados Americanos 9 Jun 1994 Belem, Pará (Brasil) (No. D50 O67co). OEA, Washington, DC (EUA).

CICODE URG (2016). *Ochy Curiel. Feminismo decolonial. Prácticas Transformadoras. Conferencia.* [Archivo de video] Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=B0vLIIncs0&t=1489s>

CIMUNIDES (2016). *Informe alternativo para el examen del estado de Chile ante el comité de derechos de las personas con discapacidad en su sesión n° 15.*

Congreso Argentino de Terapia Ocupacional (2015). *Entrevista a Lyda Otilia Pérez Acevedo.* [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=KWnXEXL54HE>

Custo, E. (2008). *Salud mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social.* Buenos Aires: Espacio Editorial

Da Rocha, M. (2008). *Terapia Ocupacional: Un Enfoque Epistemológico y Social.* Santa Fe: ediciones UNL.

Departamento de Estadísticas de Salud (2016). En http://transparencia.redsalud.gov.cl/transparencia/public/ssp/solicitud_informacion.html

De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder.* Ediciones Trilce.

De Sousa Santos, B., & Meneses, M. P. (2014). *Epistemologías del sur* (Vol. 75). Ediciones Akal.

Dijk, T. A. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos: Huellas del Conocimiento*, (186), 23-36.

Espinosa, Y. (2014). Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica. *El Cotidiano*, 29(184), 7-12.

Emeric, D., Cantero, P. (2016). Entrevista con Frank Kronenberg: *Las nociones de conciencia ocupacional y de ocupaciones colectivas son intencionalmente políticas - Ocupando los márgenes*. En: <https://ocupandolosmargenes.org/entrevista-frank-kronenberg-las-nociones-conciencia-ocupacional-ocupaciones-colectivas-intencionalmente-politicas/#comments>. Obtenido el 30 de noviembre 2017

Flick, U. (2015). *El diseño de la Investigación Cualitativa*. Madrid, España: Morata.

Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico* (Vol. 245). Ediciones AKAL.

Garita, A. (2012). La regulación del delito de femicidio/feminicidio en América Latina y el Caribe, edit. Por el Secretariado de la Campaña del Secretario General de las Naciones Unidas ÚNETE para poner fin a la violencia contra las mujeres, Panamá.

Guajardo, A. (2011). Prólogo. En A. Rojas., L. Sanabria., L. Carrizosa., E. Parra., S. Rubio., J. Uribe., C. Rojas., L. Pérez., J. Méndez. *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente*. (13-19). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Guajardo, A. (2013). *Terapia Ocupacional. Apuntes de una historia inconclusa*. Basado en el texto presentado en la conferencia inaugural del I Congreso Chileno y IX Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional. Viña del mar.

Guajardo, A. (2016). Lecturas y relatos históricos de la Terapia Ocupacional en Suramérica. Una perspectiva de reflexión crítica. *Revista Ocupación Humana*, 16 (2), 110-117.

Guba, E., Lincoln, Y. (2002), Paradigmas en competencias en la investigación cualitativa. En C. Denman., J.A, Haro (Comps.) *Por los rincones. Antología de los métodos cualitativos en la investigación social*, (113-145). Sonora: Colegio de Sonora

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación* (Vol. 707). México: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2016). Informe Anual Situación de los Derechos Humanos en Chile 2016.

Jaramillo, N. (2014). El feminismo decolonial: una breve introducción. *Revista con LA A*, (24).

Kornblit, A. (2007). Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis. (2a Ed.) Buenos Aires: Biblos.

Kronenberg, F., Algado, S. S., & Pollard, N. (2007). *Terapia Ocupacional sin Fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Ed. Médica Panamericana.

Lagarde, M. (1993). Los cautiverios de las mujeres madresposas, monjas, putas, presas y locas.

Lander, E. (2000). La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. *Perspectivas latinoamericanas, 1*.

Locos por nuestros derechos (s.f). *Manual de derechos en Salud Mental*.

Lugones, M. (2016). Hacia un feminismo descolonial. *La manzana de la discordia*, 6(2), 105-117.

Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tábula rasa*, (9), 73-102.

Maira, G., Molina, S., & Santana, P. (2008). Violencia sexual y aborto: conexiones necesarias. *Cuad Méd Soc (Chile)*, 48(4), 262-263.

Maldonado-Torres, N. (2007). Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*, 127-167.

Maya Jariego, I. (2004). Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. *Apuntes de psicología*. Vol. 22, número 2, págs. 187-211

Mignolo, W. (2010). *Desobediencia epistémica: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad*. Ediciones del Signo.

Minoletti, A., Rojas, G., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad Saúde Colet*, 20(4), 440-447

Moncada, V., Paredes P. (2016). *Ser mujer con graves problemas de salud mental. Análisis de historias ocupacionales desde una perspectiva feminista* (Tesis de maestría). Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile.

Mondaca, C. (2017). *Identidades Ocupacionales de mujeres que han vivido violencia machista: Desde una socialización patriarcal alienante a una socialización feminista emancipadora. Una experiencia colectiva de transformación. Aporte a una Terapia Ocupacional Feminista Constituyente* (Tesis de maestría). Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile.

Navarrete, M., Ferreira, M., Mogoyon, A., de Sanmamed, M., Delgado, M. & Vargas, I. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Servei de Publicacions.

Observatorio Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014). *Fundamentos para una Ley de Salud Mental y Principales Derechos a Garantizar*

ONU (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Olabuénaga, J. I. R. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (Vol. 15). Universidad de Deusto.

Palacios, M. (s/f). *Investigación Acción Participativa Respecto a Ocupaciones Colectivas y Territorio con Jóvenes Transgresores*. Universidad Andrés Bello, Facultad de Rehabilitación. Chile. (en prensa)

Palacios, M. (2015). Ocupación Colectiva, Sentido de Comunidad y Bienestar Psicosocial. En Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile A.G. *Cincuenta años de terapia ocupacional en Chile: prácticas, epistemologías y realidades locales*. Santiago, Chile. (143-159)

Pino, J., Valderrama, C. (2015). Análisis desde el enfoque de derechos a la política chilena en discapacidad mental. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(3), p-270.

Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina.

Red Chilena contra la violencia hacia las mujeres. (2017) Recuperado de <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/>

República de Chile, Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago: Ministerio de Salud; 2017

Ruiz, M. J., Jiménez, I. (2003). Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 3(1), 7-29.

Suárez-Krabbe, J. (2011). En la realidad. Hacia metodologías de investigación descoloniales. *Tabula Rasa*, (14).

Vásquez, A. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón psiquiátrica. *Nómadas*, 31(3), 1-18.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: CARTA DE INVITACIÓN

INVITACIÓN

Estimada, nosotras/os somos José Tomás, María de los Ángeles y Andrea, estudiantes de quinto año de la carrera Terapia Ocupacional de la Universidad Andrés Bello, y estamos interesadas/o en investigar sobre las perspectivas de género en el ámbito de las redes de Salud Mental y Psiquiatría en Chile, buscamos contribuir a las luchas feministas y a una salud mental ajena a la naturalización de la patologización, violencia y vulneración de derechos, reconociendo las experiencias de mujeres en respuesta al saber psiquiátrico dominante y hegemónico.

Nos interesa tu participación en este proceso porque consideramos que eres una persona que tiene experiencia como activista en esta lucha, por lo que, sin duda tu aporte será valioso y significativo para esta investigación. Si es que tú estás de acuerdo, nos gustaría que participaras de una entrevista que se realizará junto a una/o de las tres miembros/o del equipo, la cual será una instancia de conversación orientada a la temática de ser mujer y transitar por dispositivos de salud mental, además, nos gustaría que formaras parte de una discusión orientada a estas temáticas junto a las otras participantes. Ambas instancias durarán aproximadamente 60 minutos y serán grabadas con el fin de facilitar el registro de la información, asegurando que tu nombre no será revelado ni utilizado para esta investigación ni más allá de ésta, ya que el equipo se compromete a no entregar ninguna información sobre tu identidad.

De esta manera, tu participación es voluntaria y será realizada bajo previo consentimiento informado y con plena libertad para retirarte en cualquier momento sin que esto implique consecuencia alguna para ti; junto a lo anterior, si tú quieres tendrás

pleno acceso a la transcripción de la entrevista y al finalizar este proceso de investigación, compartiremos el documento contigo con las conclusiones y reflexiones sobre las temáticas abordadas, por lo tanto, revelar que tu aporte es significativo no solo para esta investigación, sino que para la promoción y defensa de los derechos de otras mujeres que pueden vivir situaciones de vulneración a través de los dispositivos de salud mental y psiquiatría.

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitada a participar del estudio que busca conocer las experiencias vividas por mujeres que han transitado por dispositivos de salud mental, desde una perspectiva feminista decolonial.

He sido informada sobre la investigación y de la entrevista a la que he sido invitada a participar. Entiendo completamente la información que me ha sido proporcionada y he podido hacer preguntas, las que han sido contestadas de forma satisfactoria.

Acepto voluntariamente a ser entrevistada para este estudio. Entiendo que tengo derecho a retirarme de la entrevista en cualquier momento y que esto no tendrá consecuencias para mí.

_____	_____	_____
Nombre de la voluntaria	Fecha	Firma

_____	_____	_____
Nombre del (la) investigador(a)	Fecha	Firma