

Bioética feminista y el concepto de *salud mental*

Jessica Marcela Kaufman
(IEP-UNT)

Introducción

El surgimiento de la bioética se produce en los Estados Unidos, durante los años 70, en el contexto de las importantes transformaciones sociales y tecno-científicas que habían comenzado emerger en las dos décadas anteriores (Post, 2004). Si bien, inicialmente, el concepto había sido propuesto en referencia a la necesidad de establecer un *punteo* entre las humanidades y las tecno-ciencias —que diera cuenta del impacto de las nuevas tecnologías en la supervivencia del ecosistema en su conjunto— (Potter, 1971); pronto se limitaría su alcance a la ética de la práctica clínica. En este sentido, el campo de la bioética sería consolidado y difundido, a fines de la década del 70, a partir de los conocidos cuatro principios *prima facie* de la ética biomédica, propuestos por Beauchamp y Childress: *respeto por la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia* (Beauchamp & Childress, 2013). Sin embargo, una década más tarde se produciría un momento de revisión crítica (Garrafa, 2005); contexto en el que emergería la denominada *bioética feminista* con el fin de analizar y revertir los sesgos androcéntricos que presentaba —y continúa presentando— el marco bioético predominante (Mahowald, 1996).

La repercusión que comenzaba adquirir la bioética en las prácticas sanitarias —así como las aspiraciones de intervención que son inherentes a esta disciplina— suscitaron el interés de las feministas por incursionar en el campo mencionado. La iniciativa emergió, en un primer momento, con la finalidad de disputar espacios en los debates éticos que conciernen a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Sherwin, 1992); aunque, posteriormente, la propuesta se extendió con el propósito de incluir sus voces en el discurso sanitario en su conjunto —donde se han naturalizado como neutras las voces de los actores sociales más privilegiados— (Scully, 2009); y erradicar todo tipo de exclusión, violencia y opresión hacia las mujeres en el ámbito de la atención sanitaria y la investigación biomédica (Donchin & Scully, 2015; Wolf, 1996).

Lo anterior supone la consideración de la salud como un terreno de disputa entre derechos y control social (Valls-Llobet, 2013): es decir, entre, por un lado, el acceso a los cuidados, tratamientos e intervenciones necesarios para que a las mujeres les sea posible resolver algunos de los problemas habituales que padecen; y, por otro lado, la patologización de sus prácticas y comportamientos no normativos como estrategia de control social. En lo que sigue se realizará un recorrido, desde distintas perspectivas feministas, en torno a esa disputa en el marco de la denominada «salud mental» y, hacia el final de esta ponencia, se prestará especial atención a las condiciones epistemológicas

que se requieren para la construcción de bioéticas feministas comprometidas con las mujeres particularmente subalternizadas.

Desde la década del 60 —a partir de la publicación de Thomas Szasz: *El mito de la enfermedad mental*— han surgido numerosos cuestionamientos, críticas, resistencias, denuncias y alternativas con respecto a la objetividad y neutralidad del saber psiquiátrico y, de manera más generalizada, en relación a la psiquiatría institucional, comprendida —desde diferentes enfoques— como instrumento de control y opresión social (Castel, 1984). Las principales contribuciones del feminismo a estas perspectivas —en ocasiones denominadas *antipsiquiátricas* (Pérez Soto, 2012)— se han centrado en mostrar el sexismo institucionalizado en las definiciones sociales de los padecimientos mentales (Prior, 1999; Chesler, 2005), así como también en los modos de diagnosticar —y, con esto último, en visibilizar la presencia de un doble estándar a la hora de evaluar clínicamente las conductas de los varones y de las mujeres— (Chesler, 2005).

En lo que respecta al saber psiquiátrico, es posible dar cuenta —hasta el día de hoy— de la existencia de mecanismos de poder que contribuyen a reforzar los estereotipos de género en virtud de la patologización de las conductas que socialmente se consideran indeseables para las mujeres. El *DSM-5* —es decir, la edición más reciente del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*— incluye entre sus nosologías, por ejemplo, el denominado *Trastorno disfórico premenstrual*, en función del cual se patologizan las disconformidades y quejas de las mujeres durante el período previo a la menstruación. En este sentido, las ridiculizaciones frecuentes hacia sus críticas y demandas por medio de expresiones descalificadoras que apelan a su ciclo menstrual han sido legitimadas por el discurso psiquiátrico. Por otra parte, resulta relevante mencionar que, según el *DSM-5*, los síntomas correspondientes al *Trastorno disfórico premenstrual* podrían afectar la «funcionalidad» de las mujeres que los presentaran de la siguiente manera: «el deterioro del funcionamiento social puede manifestarse a través de desavenencias matrimoniales y de problemas con los niños, con otros miembros de la familia o con los amigos» (APA, 2014: 174). En relación a lo anterior, es posible advertir que el concepto de disfuncionalidad que se sostiene en el manual de psiquiatría —para el diagnóstico mencionado— coincide con las expectativas sociales en función de la diferenciación sexual; de acuerdo con las cuales se espera de las mujeres su dedicación a la vida matrimonial, a los quehaceres domésticos y a los cuidados de sus niños/as. En este sentido, lejos de tratarse de un discurso neutro y despolitizado, las concepciones del *DSM-5* —y de sus ediciones anteriores— parecen encontrarse atravesadas por relaciones de poder generizadas.

Por otra parte, cabe mencionar que, aunque las demandas de despatologización por parte del feminismo y de otros movimientos sociales han contribuido a la realización de numerosas modificaciones en las diferentes ediciones del *DSM*, el ejemplo mencionado —que corresponde a la última edición— da cuenta de que los sesgos de género persisten en el discurso psiquiátrico, así como su potencial normalizador de las conductas que no coinciden con los parámetros sociales. En este sentido, si bien el diagnóstico de histeria ha desaparecido a partir de la tercera edición del *DSM*, actualmente se continúan

patologizando el malestar, la irritabilidad y la disconformidad de las mujeres. Otro ejemplo ilustrativo de patologización psiquiátrica consiste en las sucesivas reformulaciones del diagnóstico en torno a la condición trans. En efecto, mientras que en la tercera edición del *DSM* había sido denominado como *Trastorno de la identidad sexual*, la presión del colectivo trans para que se retirara el diagnóstico del manual fue respondida con el reemplazo de la denominación anterior por la de *Trastorno de la identidad de género* en la cuarta edición; y, finalmente, por la de *Disforia de género* en la última edición. En este sentido, las sucesivas reformulaciones continúan configurando y reproduciendo la patologización de la determinación no normativa del propio género. Un recorrido análogo han presentado, por otro lado, las nosologías en torno a la homosexualidad: en efecto, ante la presión del colectivo LGBT para que se las retirara del *DSM*, la Asociación Americana de Psiquiatría decidió, en lugar de extraerlas, reformularlas de diferentes maneras en las sucesivas ediciones del manual. En todos los casos, los diagnósticos suponían la patologización de la preferencia sexual no normativa; lo que, finalmente, ha quedado oculto bajo la clasificación de *Disfunción sexual no especificada*.

Sin embargo, por otra parte, pese a las críticas que se han formulado en torno al saber/poder psiquiátrico —entendido, en este sentido, como estrategia biopolítica de normalización de la conducta que socialmente se considera desviada—, abogar por el desmantelamiento de la institucionalización de la psiquiatría en su conjunto no resultaría, desde algunas posiciones, demasiado conveniente. En este sentido, se ha planteado el concepto de *paradoja psiquiátrica* (Penfold & Walker, 1984; Ordorika Sacristán, 2009) en referencia a que, si bien la psiquiatría promueve la *feminización de la locura*—y otros estereotipos— por medio de sus criterios diagnósticos y de sus nosologías; por otra parte contribuye a paliar el sufrimiento de las mujeres —producido, en gran medida, por las condiciones estructurales de opresión que genera y legítima—. Desde una perspectiva similar se ha planteado que uno de los mayores retos para la bioética feminista en el campo de la psiquiatría consiste en buscar un equilibrio en el marco de la tensión entre opresión y cuidados del sufrimiento de las mujeres (Martin, 2001; 2011).

La investigación, desde el feminismo, en lo que respecta a los cuidados del sufrimiento de las mujeres es, ciertamente, escasa; y la razón pareciera ser bastante obvia: si el malestar es causado por las condiciones de violencia y opresión patriarcales, entonces habría que apuntar a revertir las relaciones de poder que las generan y reproducen. Sin embargo, centrar la atención solo en deshacer las condiciones estructurales de la subordinación basada en el género podría suponer el riesgo de dejar de lado un problema inmediato: el sufrimiento individual de las mujeres. En este sentido, desde algunas perspectivas se ha llegado, incluso, a justificar la medicalización de la conducta feminizada en tanto supone cierto reconocimiento de un problema como sanitario y, con esto, podría facilitar el acceso a los cuidados necesarios para paliar el sufrimiento de las mujeres (Purdy, 2001). Análogamente, en el marco del debate en torno a si es preferible conservar o suprimir las nosologías que patologizan la condición trans (Cfr. Butler, 2006; Cfr. Martínez-Guzmán & Íñiguez-Rueda, 2010), algunos/as autores/as han sostenido una posición similar. En efecto, quienes abogan por conservarlas sostienen que la patologización posibilita un reconocimiento por parte de los seguros de cobertura médica y, con esto, facilita el acceso a los tratamientos hormonales y quirúrgicos

necesarios para la reasignación sexual. Sin embargo, desde otras perspectivas se cuestiona el alcance de ese «reconocimiento» en la medida en que las nosologías mencionadas posibilitan la denegación de derechos en nombre de la «enfermedad» y bajo el supuesto de la peligrosidad; con lo cual fortalecen las probabilidades de estigmatización.

Por otra parte, si bien adoptar un enfoque que sólo dé cuenta de los efectos de saber/poder generizados —en las prácticas psiquiátricas discursivas y no discursivas— supone el riesgo de desatender los cuidados del sufrimiento individual de las mujeres; cabe la pregunta de si esos cuidados particulares que ofrece la psiquiatría contribuyen a empoderarlas o a vulnerabilizarlas. A partir de la lectura de *Listening to Prozac* de Peter Kramer, algunas feministas se han preguntado si el antidepresivo constituye una droga cuyo uso puede ser útil a los intereses del feminismo, y han concluido que el fármaco no produce los mismos efectos sociales en todas las mujeres (Hoffman & Hansen, 2011): mientras que en algunas contribuye a apuntalar su agencia, en otras refuerza su sumisión. En este sentido, el Prozac y otros psicofármacos podrían constituir una herramienta útil para el empoderamiento de solo algunas mujeres en situaciones específicas. Sin embargo, por otra parte, no pareciera existir incompatibilidad en prescribir el antidepresivo mencionado en las situaciones en las que contribuya a empoderarlas y que esto no sea acompañado por un discurso que patologice sus quejas y disconformidades. En este sentido, algunas corrientes no hegemónicas —como la que se ha denominado *Salud Colectiva*— busca desligarse del discurso patologizador de la psiquiatría al mismo tiempo que promueve el uso de psicofármacos solo en los contextos específicos en que resulte útil como estrategia de cuidado (Stolkiner & Ardila, 2012).

Lo anterior permite advertir, por un lado, la posibilidad de trascender una «paradoja psiquiátrica» en la medida en que las herramientas de cuidado que proporciona la psiquiatría podrían emplearse en ausencia de una retórica que patologice las conductas no normativas. Asimismo, por otro lado, lo mencionado da cuenta de la existencia de diversas prácticas, estrategias e instrumentos de cuidado que podrían resultar —o no resultar— útiles en relación a los cuerpos individuales, sectores poblacionales y contextos específicos en que sean empleados. En este sentido, cabe señalar que el alcance del concepto de cuidado del sufrimiento en las mujeres se amplía en la medida en que reconocemos la inestabilidad de la categoría «mujer» y, con esto, la ilusión del «nosotras» (Haraway, 1984).

Desde los años 80 las mujeres negras y las lesbianas —entre otras— comenzaron a criticar al movimiento feminista —blanco, occidental y heterosexual— de sostener un discurso que no representaba sus experiencias de opresión. En ese contexto, el feminismo negro acuñó el concepto de *interseccionalidad* en alusión a las múltiples dimensiones de opresión experimentadas por las mujeres afroestadounidenses (Brah & Phoenix, 2013). Por su parte, el feminismo postcolonial de la India hizo hincapié en la subalternización de las mujeres colonizadas en función de la *violencia epistémica* (Spivak, 1994) —es decir, de la imposición de un discurso pretendidamente universal que silencia las voces de los y las sujetos/as coloniales—. En este sentido, la interseccionalidad entre raza/etnia, género, preferencia sexual y clase en conjunto con la violencia epistémica suponen el sometimiento de las mujeres más alejadas de los

parámetros hegemónicos a una multiplicidad de opresiones que transversalizan todas las esferas de sus vidas cotidianas; incluyendo la inferiorización de sus modos de existencia, sus saberes y sus cuidados sanitarios ancestrales —devenidos, en este sentido, «otros»—.

Por otra parte, de acuerdo con lo mencionado, es posible notar que el reconocimiento de la inestabilidad de la categoría de «mujer» no sólo permitiría advertir una diversidad de cuidados sanitarios —que, en este sentido, no quedarían reducidos a los que promueve el campo *psy* hegemónico—, sino que también posibilita la visualización de múltiples dimensiones de la opresión en el discurso psiquiátrico. En efecto, la imposición de una retórica colonial que sostiene y legitima las clasificaciones de los comportamientos «normales» y «patológicos» —así como los criterios de diagnóstico e indicaciones terapéuticas correspondientes— subalterniza y silencia los modos de vida, saberes y cuidados no occidentales, a la vez que patologiza las autodeterminaciones que no se ajustan a la norma. De este modo, la intersección de opresiones supone una mayor estigmatización en la medida en que el discurso sanitario colonial universaliza los modos de vida hegemónicos y patologiza e invisibiliza las prácticas no eurocéntricas.

Si bien, como se ha mencionado al comienzo de esta ponencia, la bioética feminista pretende erradicar la opresión hacia las mujeres de las prácticas sanitarias; sostiene de manera pretendidamente universal una retórica colonial que inferioriza y silencia los saberes y cuidados sanitarios de las mujeres alejadas de los parámetros hegemónicos: es decir, sostiene un discurso colonial que ha producido un *epistemicidio* (Sousa Santos, 2006) —en tanto ha generado la supresión y marginación de esos conocimientos y prácticas tradicionales; y, con esto, la de los sujetos y sujetas que los encarnan—. En este sentido, una bioética feminista valiosa para las mujeres más subalternizadas será, entonces, la que busque el reconocimiento epistémico de las diferencias que han sido silenciadas e inferiorizadas: es decir, la que abogue por una *justicia cognitiva* —o epistémica— (Sousa Santos, 2009) como condición necesaria para la justicia social en salud.

De acuerdo con lo mencionado, abogar por la justicia cognitiva —y, en este sentido, por la despatologización y el reconocimiento de los modos de vida y las prácticas ancestrales— supondría, para una bioética feminista comprometida con las mujeres particularmente subalternizadas, el desafío de disputar derechos en el ámbito sanitario desde una perspectiva de género no totalizadora: es decir, desde un enfoque que dé cuenta de la imbricación de las opresiones de las que son víctimas las sujetas no occidentales como consecuencia de la imposición del discurso colonial.

A modo de cierre

La salud constituye, como se ha mencionado, un terreno de disputa entre derechos y control social. El campo *psy* hegemónico, en particular, se ha caracterizado por patologizar las conductas y los modos de vida no normativos, si bien ha proporcionado herramientas útiles para paliar el sufrimiento de ciertas mujeres. En relación a esto, desde algunas posiciones de la bioética feminista se promueve la búsqueda de un equilibrio entre las opresiones y los cuidados del sufrimiento en el campo mencionado;

aunque, al mismo tiempo, se sostiene un discurso pretendidamente universal que coloca en el centro a las sujetas blancas, occidentales, heterosexuales y de clase media. Una bioética feminista comprometida con las mujeres más subalternizadas no será, en este sentido, la que busque el equilibrio entre las opresiones y los cuidados en el marco de un discurso colonial silenciador, patologizante y estigmatizante; sino la que abogue por la despatologización y el reconocimiento de los saberes, cuidados y modos de vida que se han patologizado y silenciado: es decir, la que promueva la justicia cognitiva en las prácticas sanitarias.

Referencias bibliográficas

- APA. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (6th Edition). Oxford: Oxford University Press.
- Brah, A., & Phoenix, A. (2013). Ain't IA woman? Revisiting intersectionality. *Journal of International Women's Studies*, 5(3): 75-86.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.
- Chesler, P (2005). *Women and Madness*. Nueva York: Palgrave MacMillan.
- Donchin, A. & Scully, J. (2015). Feminist Bioethics. En: E. Zalta (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2015 Edition). Recuperado de: <<https://plato.stanford.edu/archives/win2015/entries/feminist-bioethics/>>. F.A.: 27/06/2017.
- Garrafa, V. (2005). Introdução à bioética. *Revista do hospital universitário UFMA*, 6(2): 9-13.
- Haraway, D. (1984). Manifiesto ciborg. El sueño irónico de un lenguaje común para las mujeres en el circuito integrado. Recuperado de: https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/beatriz_suarez/ciborg.pdf. Fecha de consulta: 27/07/2017
- Hoffman, G. A., & Hansen, J. L. (2011). Is Prozac a feminist drug?. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 4(1), 89-120.
- Lindemann Nelson, H. (2000). Feminist Bioethics: Where We've Been, Where We's Going. *Metaphilosophy*, 31(5): 492-508.
- Mahowald, M. (1996). On Treatment of Myopia. Feminist Standpoint Theory and Bioethics. En: S. Wolf (ed.), *Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction* (pp. 95-115). New York: Oxford University Press.
- Martin, N. (2001). Feminist bioethics and psychiatry. *Journal of Medicine and Philosophy*, 26(4): 431-441.
- Martin, N. (2011). Preserving trust, maintaining care, and saving lives: Competing feminist values in suicide prevention. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 4(1): 164-187.
- Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2): e059. Doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>.
- Ordorika Sacristán, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista mexicana de sociología*, 71(4), 647-674.
- Penfold, P. S. & Walker, G. A (1984). *Women and the Psychiatric Paradox*. Montreal: EdenPress.
- Pérez Soto, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría: crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago: LOM Ediciones.
- Post, S. G. (2004). *Encyclopedia of Bioethics (3rd edition). Vol. 1*. New York: Gale.

- Potter, V. R. (1971). *Bioethics: bridge to the future*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Prior, P. M. (1999). *Gender and Mental Health*. Nueva York: New York University Press.
- Purdy, L. (2001). Medicalization, medical necessity, and feminist medicine. *Bioethics*, 15(3): 248-261.
- Scully, J. L. (2009). Moral Bodies Epistemologies of Embodiment. En: Lindemann, H., Verkerk, M., & Walker, M. U., *Naturalized Bioethics: Toward responsible knowing and practice* (pp. 23-41) Cambridge: Cambridge University Press.
- Sherwin, S. (1992). *No longer patient. Feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Sousa Santos, B. D. (2006). *Conocer desde el Sur. Para una cultura política emancipatoria*. Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales, UNMSM.
- Sousa Santos, B. D. (2009). *Más allá del pensamiento abismal: de las líneas globales a una ecología de saberes*. En: B. de Sousa Santos et al., *Pluralismo epistemológico* (31-84). La Paz: CLACSO
- Spivak, G. (1994). Can the subaltern speak?. En: P. Williams & L. Chrisman (eds.), *Colonial Discourse and Postcolonial Theory* (Pp. 66-111). New York: Columbia University Press.
- Stolkiner, A., & Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex*, 28: 57-67.
- Valls-Llobet, C. (2013). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
- Wolf, S. (1996). Introduction: Gender and Feminism in Bioethics. En: S. Wolf (ed.), *Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction* (pp. 3-43). New York: Oxford University Press.