

El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas

Sandra Caponi¹  0000-0001-8180-944X

Jesús Martínez Sevilla²  0000-0002-8796-5483

Leticia Hummel do Amaral³  0000-0001-7769-5515

¹Universidad Federal de Santa Catarina, Departamento de Sociología y Ciencia Política, Florianópolis, SC, Brasil. – ppgich@contato.ufsc.br

²Universidad de Granada, Programa de Estudios de las Mujeres, Discursos y Prácticas de Género, Granada, España. 18012

³Universidad Federal de Santa Catarina, Programa de Posgraduación en Sociología y Ciencia Política, Florianópolis, SC, Brasil.



Resumen: El artículo aborda el sesgo de género existente en el campo de la psiquiatría. Para explorar este tema, hemos dividido nuestra presentación en tres partes. Inicialmente exploramos el sesgo de género en la historia de la psiquiatría, particularmente en el nacimiento de la psiquiatría moderna. En un segundo momento, analizamos las críticas feministas a la psiquiatría actual, observando la persistencia del sesgo de género desde la década de 1970, cuando aparecieron los primeros estudios críticos, hasta la actualidad. Finalmente, en la tercera parte de este escrito, presentamos una narración en primera persona, resultado de una entrevista con una usuaria de un CAPS en Florianópolis.

Palabras clave: género; psiquiatría; feminismo; diagnósticos; psicofármacos.

O viés de gênero no discurso e nas intervenções psiquiátricas

Resumo: O artigo aborda o viés de gênero existente no campo da psiquiatria. Para explorar esta questão, dividimos nossa apresentação em três partes. Inicialmente exploramos o viés de gênero na história da psiquiatria, particularmente no nascimento da psiquiatria moderna. Em um segundo momento, analisamos as críticas feministas à psiquiatria atual, observando a persistência do viés de gênero desde a década de 1970, quando surgiram os primeiros estudos críticos, até os dias atuais. Por fim, na terceira parte desta escrita apresentamos uma narrativa em primeira pessoa, resultado de uma entrevista com uma usuária de um CAPS de Florianópolis.

Palavras-chave: gênero; psiquiatria; feminismo; diagnósticos; psicofármacos.

The bias of gender in discourse and psychiatric interventions

Abstract: The article addresses the existing gender bias in the field of psychiatry. To explore this topic, we have divided our presentation into three parts. Initially we explore the gender bias in the history of psychiatry, particularly in the birth of modern psychiatry. In a second moment, we analyze the feminist criticisms of current psychiatry, regarding the persistence of the gender bias since the 1970s, when the first critical studies appeared, up to the present. Finally, in the third part of this writing, we present a first-person narrative, the result of an interview with a user of a CAPS in Florianópolis.

Keywords: gender; psychiatry; feminism; diagnoses; psychotropic drugs.

Introducción: ¿Qué significa hablar de sesgo de género en el campo de la psiquiatría?

En el mes de noviembre de 2017 la prestigiosa revista *Lancet Psychiatry*, publicó un artículo de Christine KUEHNER (2017), de Heidelberg University, denominado “Why is depression more common among women than among men?”. Kuehner parte allí de datos epidemiológicos que indican que las mujeres duplican la probabilidad de desarrollar depresión durante su vida, en comparación con los hombres. El artículo resume las pruebas epidemiológicas existentes que indican diferencias de género tanto en la prevalencia, como en la incidencia y el curso de la depresión, y analiza cuáles serían los factores explicativos de ese ‘gap’ o sesgo de género. Explora las explicaciones biológicas clásicas, como alteraciones hormonales, momentos del ciclo de vida como la menstruación, el parto o la menopausia. Sugiere que es necesario definir subtipos de depresión relacionados con el género, y afirma que no existen evidencias sobre los factores de riesgo.

Como ocurre frecuentemente en el campo de la psiquiatría, cuando no es posible explicar cierto hecho, se apuesta en investigaciones futuras, en este caso, investigaciones centradas en una “perspectiva transdiagnóstica”, que, según entiende la autora, futuramente permitirán explicar por qué hay más mujeres que hombres con diagnóstico de depresión. Aun cuando el artículo hace referencia a tendencias socioeconómicas y culturales que contribuyen a la brecha de género, su análisis está centrado en síntomas y criterios diagnósticos, sin que, en ningún momento la brecha existente entre mujeres y hombres diagnosticados, la lleve a cuestionar la validez de los criterios diagnósticos, ni las relaciones de poder que podrían ser determinantes para entender esa diferencia. Es decir, lo que Christine Kuehner no cuestiona, lo que ha naturalizado es ese ‘gap’ existente entre hombres y mujeres en el caso del diagnóstico de depresión.

Esto significa que las mujeres pueden tener mayor dificultad para conciliar el sueño, exceso o falta de apetito, sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa, entre otros problemas cotidianos, que fueron traducidos como síntomas por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Sin embargo, sabemos que la construcción de los diagnósticos no está libre del sesgo de género.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) ha sido criticado por definir características típicamente masculinas (como asertividad y autonomía) como un estado de salud mental saludable, mientras que el comportamiento típicamente femenino, basado en la expresividad emocional, se presenta como un problema. (Amaia BACIGALUPE; Unai MARTÍN, 2020, p. 64)

Sin embargo, el hecho de que las emociones o sentimientos puedan tener causas tales como violencia familiar, abuso de poder patriarcal, acoso sexual, laboral o moral, poco influye en la definición del diagnóstico y en los datos epidemiológicos presentados. Se acumulan datos cuantitativos que contribuyen a naturalizar la brecha de género como siendo un simple dato estadístico, objetivo e incuestionable.

La brecha diagnóstica no se restringe exclusivamente a la depresión, sino que también alcanza a los trastornos de ansiedad, de alimentación y de pánico, como muestra el estudio de Amaia Bacigalupe y Unai Martín denominado “Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: Are we medicalising women’s mental health?”. Esa misma desigualdad de género se verifica en el hecho de que las mujeres son las mayores consumidoras de drogas psiquiátricas prescritas, fundamentalmente antidepresivos y ansiolíticos.

El artículo publicado por Bacigalupe y Martín en 2020, destaca que no existe ninguna explicación biológica que justifique la desigualdad de género en el campo de la salud mental. Esto es, la brecha de género no depende de factores hormonales o de conexiones cerebrales específicas, sino de desigualdades sociales que sitúan a la mujer en un espacio subordinado. De tal modo que, el exceso de diagnósticos y la prescripción exagerada de psicotrópicos puede significar una medicalización innecesaria del cuerpo y de los sufrimientos de las mujeres. La posición de estos autores es diametralmente opuesta a la posición adoptada por la mayor parte de los estudios que tematizan la brecha de género en el campo de la psiquiatría, donde parece ser hegemónica la perspectiva adoptada por Kuehner.

Nuestra propuesta aquí es desnaturalizar esa evidencia que presenta a la desigualdad, ‘gap’, o brecha de género en el campo de la psiquiatría, como siendo biológicamente determinada, como siendo un hecho natural e inevitable del que aún faltaría entender las redes causales específicas. Desnaturalizar esa evidencia no es una tarea fácil, porque esa brecha de género acompaña a la psiquiatría desde el momento de su nacimiento como una rama de la medicina, a fines del siglo XVIII. Tal como afirma Foucault, el sesgo de género es constitutivo de la historia de la psiquiatría y es uno de los pilares sobre los cuales se construyó ese saber-poder.

Aun cuando la crítica al sesgo de género fue inicialmente formulada por autores como Michel Foucault, por el imprescindible libro de Phyllis Chesler *Women and Madness*, o

por feministas como Franca Basaglia, en las décadas de 1970 y 1980, esas críticas parecen no haber dejado ninguna marca o ningún cuestionamiento en esa psiquiatría biológica que continúa reproduciendo las mismas estrategias y discursos a lo largo de los años.

El libro de Phyllis Chesler *Women and Madness*, que ha tenido un gran impacto en el campo de las ciencias sociales y del feminismo, cuya primera edición es del año 1972. Este libro tuvo una última edición en el año 2005, conteniendo una extensa presentación de la autora dedicada a mostrar que la psiquiatría, poco o nada había cambiado en los 30 años que separan a la primera edición de la última. Chesler muestra la persistencia de los mismos abusos contra las mujeres en los hospitales y centros de atención psiquiátrica, los electrochoques, los potentes antipsicóticos, los antidepresivos que producen dependencia y la multiplicidad de diagnósticos que se superponen. Muestra también el silenciamiento impuesto a las pacientes y el poco lugar dado por los psiquiatras, y por el personal de salud en general, a las narrativas de estas pacientes, a sus historias de vida, relatos que permitirían entender los reales motivos del sufrimiento que ellas padecen.

Women and Madness no atribuye la brecha de género a cuestiones biológicas o a cuestiones ambientales que, indirectamente afectarían el cerebro o el aparato psíquico de las mujeres, sino que considera que la multiplicación de diagnósticos y la prescripción de fármacos pueden verse como una forma de castigo que las sociedades patriarcales imponen a las mujeres, por comportamientos que son considerados socialmente inaceptables para ellas, aunque son admisibles para los hombres.

A los hombres generalmente se les permite una mayor variedad de comportamientos aceptables que a las mujeres. Se puede argumentar que la hospitalización psiquiátrica o el etiquetado diagnóstico se relaciona con lo que la sociedad considera un comportamiento inaceptable. Por lo tanto, dado que a las mujeres se les permiten menos comportamientos totales y están más estrictamente confinadas a su esfera de roles que los hombres, las mujeres, más que los hombres, cometerán más comportamientos que se consideran malos o inaceptables. (Phyllis CHESLER, 2018, p. 100)

La autora dirá que, muchas veces, esos comportamientos son vistos como patologías o trastornos psiquiátricos que deben ser médicamente controlados y curados como cualquier otra enfermedad. Hoy, considerando las estrategias de diagnóstico propuestas por el DSM-5 y la sobremedicación a las mujeres ya mencionada, podemos decir que en los casi 50 años que nos separan de la publicación de *Women and Madness*, poco han cambiado el discurso y las prácticas de la psiquiatría biológica. Aún continúan desconsiderándose los argumentos presentados por las autoras feministas y aún continuamos asistiendo a procesos de medicalización del cuerpo femenino, con toda la complejidad que implica el uso de ese concepto, tan bien analizado por Eugenia BIANCHI (2019). Paralelamente, observamos la prescripción desnecesaria de psicofármacos que contribuyen al crecimiento de una poderosa industria farmacéutica que parece haber encontrado un inmenso mercado para la venta de psicotrópicos con este sesgo de género presente en la psiquiatría biológica (Marcia MAZON, 2021).

Una de las autoras más destacadas que ha dado continuidad al trabajo de Chesler es Paula Caplan. En 2004, Caplan y Cosgrove publicaron un libro fundamental para este trabajo, que se denomina, *Bias In Psychiatric Diagnosis* (Paula CAPLAN; Lisa COSGROVE, 2004). Uno de los capítulos que componen este libro, de Paula Caplan y Jeffrey Poland, "The deep structure of Bias in psychiatric diagnosis" explora el sesgo de raza y género en el campo de la psiquiatría y de la psicología. El texto comienza con el relato de una observación realizada sobre dos consultas dirigidas por un psicólogo de un centro de salud mental de Estados Unidos al que llaman Dr. Z. En la primera consulta, Dr. Z. debe tratar a una paciente, Mrs. A, que es de Haití y vive en Estados Unidos desde hace dos años, ella relata que está siendo seriamente perseguida por su ex marido. Mrs. A vive de ayuda social, pero debe conseguir un trabajo, está haciendo un curso de capacitación, pero la situación de persecución permanente de su ex marido no le permite concentrarse, la altera y la angustia.

La segunda consulta se refiere a un médico cirujano blanco, Mr. B, que va a buscar ayuda porque su ex mujer, de quien acaba de separarse, no deja de perseguirlo. Relata que llama insistentemente a su secretaria para preguntarle dónde se encuentra, con quién está y sus horarios de salida y llegada.

Dr. Z dio a estos dos pacientes un trato completamente diferente. En el primer caso derivó a Mrs. A al psiquiatra, solicitando la prescripción de psicofármacos. Dice que se trataba de una persona con "trastorno paranoide de la personalidad", que inventó una persecución de su ex marido, afirmando que podía representar una amenaza para sí y para los otros. Al contrario, frente al relato de Mr. B, el Dr. Z dirá que su angustia es perfectamente normal y que, en realidad, es su mujer quien debería buscar tratamiento. Le aconseja que su secretaria lleve un registro cuidadoso de todas las llamadas para que pueda hacer una denuncia policial. Y concluye:

“Parece que su esposa es una mujer profundamente alterada y posiblemente peligrosa” (CAPLAN; COSGROVE, 2004, p. 10).

En ese caso concreto, observamos dos situaciones donde el sesgo de género aparece de manera indiscutible. De acuerdo con las autoras, el sesgo de género aparece a partir del momento que el psicólogo o psiquiatra tiende a:

Juzgar más fácilmente a un paciente como mentalmente enfermo si el paciente es una mujer y/o un miembro de un grupo racializado y/o pobre; juzgar más fácilmente a las mujeres que a los hombres por ser demasiado emocionales, considerándolas, incluso peligrosas; recetar medicamentos que alteran el estado de ánimo más fácilmente para las mujeres que para los hombres; considerar que las mujeres, más que los hombres, necesitan un seguimiento continuo y tratamiento; tender a asumir un rol de estatus más alto en relación con las pacientes mujeres que en relación a los hombres, lo que incluye hacer que los pacientes masculinos formen parte del proceso de toma de decisiones, pero no las mujeres. (CAPLAN y COSGROVE, 2004:11)

Si el procedimiento adoptado por el Dr. Z. no puede ser considerado excepcional, si reconocemos allí algo que se repite una y otra vez en muchas consultas psiquiátricas, debemos preguntarnos qué es lo que ha llevado a naturalizar ese tipo de situaciones para que ellas puedan permanecer tanto tiempo.

La historia de la psiquiatría, particularmente el momento de emergencia de la psiquiatría moderna, puede ayudarnos a entender por qué motivo persiste esa tendencia a aceptar, perpetuar y reproducir un sesgo de género en la atribución de diagnósticos y tratamientos psicofarmacológicos. La psiquiatría moderna parece haber nacido como un saber que persigue el objetivo de reforzar las relaciones de poder patriarcales existentes y de atribuir a los comportamientos femeninos, que no se adecuan a los roles de género establecidos, la marca y el estigma de la locura. Pero la historia nos muestra también que existieron respuestas contundentes y críticas al poder psiquiátrico, provenientes de los discursos feministas.

El texto que aquí presentamos está dividido en tres partes. Inicialmente exploramos el sesgo de género en la historia de la psiquiatría, particularmente en el nacimiento de la psiquiatría moderna. En un segundo momento, analizamos las críticas feministas a la psiquiatría actual, observando la persistencia del sesgo de género desde los años 1970, cuando aparecen los primeros estudios críticos, hasta nuestros días. Por fin, en la tercera parte de este escrito, presentamos una narrativa en primera persona, resultado de una entrevista realizada a una usuaria del CAPS de Florianópolis, militante por los derechos de las personas con deficiencia psicosocial.

Las locuras femeninas en el nacimiento de la psiquiatría moderna

Pocos años después de publicado el trabajo de Chesler, en el año 1977, Franca Ongaro Basaglia publica una crítica al libro “La inferioridad mental de la mujer”, escrita por el neurólogo y psiquiatra Paul Julius Moebius en el año 1900. Esa crítica muestra la existencia de una línea de continuidad entre discursos como los enunciados por Moebius y el lugar de la mujer en 1977, permite también mostrar la existencia de una línea de continuidad con los actuales diagnósticos clasificados y tipificados en el Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales, como “disfunciones sexuales” y “disforia de género”.

A Franca Basaglia le interesa desmontar ese murmullo incansablemente repetido sobre las locuras de las mujeres. Entender el uso político que en los más diversos ámbitos cotidianos, desde los medios gráficos y televisivos, la familia, los bares, los clubes, se hace de la asociación entre mujer y locura. Casi como si la locura fuera un atributo femenino. Pero a Franca le interesa también entender cómo ese discurso se legitimó a tal punto de llegar a naturalizarse y a transformarse en una evidencia que puede ser enunciada por hombres vulgares y por hombres de estado. Desnaturalizar esa evidencia, supone, como Michel Foucault lo ha sabido mostrar, realizar un distanciamiento histórico en relación a nuestro presente. Preguntarnos por el momento en que esa asociación comenzó a cristalizarse.

La crítica de Franca Basaglia a Moebius, muestra la funcionalidad que ciertos discursos con pretensión de cientificidad han tenido, a lo largo de la historia, para reforzar estigmas, para negar derechos y para legitimar la exclusión social de grupos considerados subordinados. Con ese objetivo, Franca se propone “recoger algunos aspectos de los procesos a través de los cuales ha sido posible analizar, en términos positivos, la diversidad natural entre el hombre y la mujer, con el único fin de confirmar científicamente el poder de uno y la subordinación de la otra” (Franca ONGARO BASAGLIA, 1982, p. 9).

Para Moebius, “la naturaleza exige a la mujer amor y abnegación maternal. La naturaleza le proporcionó a la mujer los elementos para cumplir su noble misión, pero no le concedió la capacidad intelectual del hombre” (Julius MOEBIUS, 1982, p. 18). Como Charcot, Magnan o Krafft Ebing, Moebius es un fiel representante de aquello que Foucault denominó “Scientia Sexualis”. Esto es, la proliferación de discursos médicos y psiquiátricos que, en la segunda mitad del siglo XIX e inicios del siglo XX, estaban centrados en la sexualidad de las mujeres, los niños y los perversos.

Frente a la idea corriente de que en ese momento existiría cierto silencio en torno a la sexualidad, cierta discreción sobre lo que ocurría en las alcobas, donde el sexo sería lo no dicho, lo silenciado, lo reprimido, Foucault afirma que lo que predomina en la moral burguesa no es el silencio, sino la confesión y la proliferación de discursos sobre el sexo. Todo debe ser dicho y cabe a la ciencia mostrar qué debe ser considerado como sexualidad normal y qué debe excluirse como desvío patológico o enfermizo. Ya no se trata de pecado, ni simplemente de restringir el sexo a la reproducción. Se trata de algo más. La psiquiatría de los siglos XIX y XX parecía estar obsesionada por hablar de sexo, el sexo en el matrimonio y fuera de él, las perversiones sexuales, la sexualidad en la infancia, los supuestos peligros de la masturbación, son tópicos que se repiten incansablemente en los Anales y Manuales de psiquiatría. En palabras de Foucault:

El solo hecho de que se haya pretendido hablar de sexo, desde el punto de vista purificado y neutro de una ciencia, es en sí mismo significativo. Era, en efecto, una ciencia hecha de fintas, ante la incapacidad o rechazo a hablar del sexo mismo, se refirió a sus aberraciones, a sus perversiones, rarezas excepcionales. Era igualmente una ciencia subordinada a los imperativos de una moral cuyas divisiones reiteró bajo los modos de la norma médica (Michel FOUCAULT, 1978, p. 67).

La lógica de lo normal y lo patológico traduciría entonces, a términos médicos las prescripciones morales existentes. Pero este saber médico-psiquiátrico no solo multiplicó discursos sobre el sexo, también reivindicaba el lugar de control de los imperativos higiénicos, se atribuía la capacidad de definir los buenos matrimonios, se presentaba como capaz de evitar la herencia mórbida, controlar las taras y garantizar una población fuerte y saludable. “Lo importante en esta historia no es que los sabios se taparan los oídos o se equivocaran, sino que se construyó en torno al sexo, un inmenso aparato destinado a producir un “juego de verdad” (FOUCAULT, 1978, p. 68). Legitimando la construcción de un gran archivo de los placeres sexuales en clave médico psiquiátrica, un registro destinado a clasificar, pacientemente, la heterogeneidad sexual (Sandra CAPONI, 2019).

En esta *Scientia Sexualis* la mujer ocupó un lugar privilegiado, como objeto de observación y análisis, un cuerpo atravesado y constituido por su sexualidad. Desde 1798, cuando Philippe Pinel inaugura la psiquiatría moderna, las causas de la locura femenina se asociaban directamente a la vía genital, específicamente a fenómenos biológicos como menstruación, embarazo, parto y menopausia. Cien años más tarde, en 1895, Magnan y Legrain, en *Los degenerados*, atribuían lo que consideraban como “inexplicables cambios de humor” en la mujer a las mismas causas sexuales, identificando un tipo de degeneración a la que denominaron “locuras menstruales” (Valentin MAGNAN; Paul Maurice LEGRAIN, 1895, p. 123).

Pocos años más tarde Moebius repite esta asociación entre los fenómenos biológicos propios del cuerpo femenino con el origen de las locuras de la mujer.

Así al florecer y marchitarse de la belleza femenina corresponden modificaciones psíquicas paralelas. El espíritu de la virgen es fogoso y agudo porque su atracción aumenta, participando activamente en la elección sexual. La vida de la mujer depende de que la joven encuentre un hombre que le convenga” (MOEBIUS, 1982, p. 22). A la plenitud sexual le corresponde la máxima agudización posible de las capacidades intelectuales dirigidas a la conquista del sexo opuesto. Inversamente, con el climaterio, asistimos a la completa decadencia de la escasa capacidad mental que, de acuerdo a Moebius, caracteriza a la mujer.

La edad crítica significa la desaparición de la actividad sexual: ahora bien, el organismo es una unidad y las funciones están coordinadas. Existe una estrecha relación entre actividad sexual y actividad cerebral; cuando una despierta la otra se modifica. Del climaterio, por el cual la mujer se hace vieja, no podemos esperar más que el debilitamiento de las facultades mentales. (MOEBIUS, 1982, p. 23)

Moebius se refiere a las figuras clásicamente asociadas a la mujer: la mujer normal, esto es la madre, y sus desvíos patológicos, la mujer histérica, la mujer prostituta y la mujer nerviosa. Para construir sus argumentos sobre la locura y la inferioridad mental de la mujer, Moebius utiliza dos estrategias explicativas.

La primera estrategia se funda en la cronometría y la anatomía cerebral comparada, específicamente en los argumentos esgrimidos por Paul Broca. En 1870, Paul Broca había acumulado datos a partir de autopsias realizadas en cuatro hospitales de París que lo habían llevado a concluir que el cerebro de las mujeres era de tamaño menor al de los hombres. Observa que el peso medio del cerebro de los hombres, superaba en 180 gramos al cerebro de las mujeres. De ese conjunto de datos, Broca concluye que la mujer no podía igualarse en inteligencia al hombre, y que ya existían datos científicos para afirmar su inferioridad mental. Tomando esos datos como referencia, Moebius afirma:

He encontrado muchas veces en las mujeres de mediana estatura una circunferencia craneana de 51 centímetros. Este hecho no se registra en los hombres físicamente sanos, sino solo en

deficientes mentales e idiotas. Las mujeres antes citadas, son, al contrario, perfectamente normales (MOEBIUS, 1982, p. 7).

Moebius sitúa a la mujer próxima a la bestias, más dependiente, segura y alegre, lo que la hace, a su entender, tan atractiva. “A semejanza de las bestias carecen de opinión propia, son rígidas, conservadoras y odian la novedad, excepto cuando lo nuevo aporta una ventaja personal o agrada a su amante” (Moebius, 1982, p.10).

Frente a estos argumentos de Moebius, Franca Basaglia se pregunta: “¿De qué sirve medir el cráneo, pesar el cerebro de la mujer para, una y otra vez compararlos con el hombre? ¿Qué valor puede tener esa investigación?” (ONGARO BASAGLIA, 1982, p. 10). La respuesta es que esas mediciones tuvieron una clara funcionalidad para naturalizar las diferencias políticas. Sirvió para construir un discurso biológico, fisiológico, neurológico y psiquiátrico, irrelevante y altamente injurioso, interesado en afirmar “científicamente” la locura y la deficiencia mental de la mujer, con la única finalidad de excluirla del juego social y de legitimar su subordinación.

La segunda estrategia explicativa utilizada por Moebius para defender la locura y la inferioridad mental de la mujer es el recurso a la teoría de la degeneración. En 1857, el psiquiatra Benedict Morel había definido a las locuras de los degenerados como un desvío mórbido del tipo normal de la humanidad, que se transmitía hereditariamente de forma agravada, de generación en generación, si no existe una acción intercurrente que limite esa transmisión. “La degeneración es la pieza teórica mayor que permite la medicalización de lo anormal, el degenerado es el anormal míticamente - o si prefieren, científicamente, medicalizado” (FOUCAULT, 1999, p. 298).

Como afirma Foucault la teoría de la degeneración permitía que el número “de desvíos pudiese ser indefinidamente ampliado, siempre se podían agregar nuevas conductas que exigirían intervención psiquiátrica” (FOUCAULT, 1999, p. 293). Así, frente al temor social representado por la “insubordinación de la mujer, que de manera todavía confusa e inorgánica, quería convertirse en un sujeto histórico que reivindicaba sus derechos” (ONGARO BASAGLIA, 1982, p. 12), Moebius agrega una nueva patología a la gran galería de los síndromes de degeneración: el nerviosismo de las intelectuales y feministas.

En el año 1894, el psiquiatra alemán Krafft Ebing publica su libro *Psychopathia Sexualis* (1893), allí define cuadros mórbidos, comportamientos y estigmas de patologías sexuales tan variadas como el masoquismo, el sadismo, la histeria, la homosexualidad, el exhibicionismo, la violación de estatuas, entre otros. Una de esas locuras o degeneraciones sexuales será retomada por Moebius: el hermafroditismo psíquico.

Moebius se pregunta: ¿qué es una mujer normal en relación con la cual deben ser definidos los desvíos mórbidos? Habla de dos modelos que representan estos desvíos. El modelo francés representado por las damas de la corte y de los salones, cuya única preocupación es dar y recibir placer. Y el modelo inglés, mucho más peligroso, que se asocia al hermafroditismo psíquico: ocurre cuando se pretende “introducir un cerebro de hombre en un cráneo de mujer”.

Así, la mujer prostituta y la mujer feminista representan los dos desvíos mórbidos del estado normal representado por la mujer madre. Por eso “una mujer que no quiere tener hijos o que teniendo el primero dice: “Uno sólo y basta”, demuestra, indudablemente, una naturaleza degenerada” (MOEBIUS, 1982, p. 59). Se trata de una patología psíquica que afecta a la mujer intelectual, feminista o erudita, porque allí existe antagonismo entre la actividad cerebral y la procreación, dos funciones íntimamente ligadas, pero que han perdido su equilibrio.

El fantasma de Moebius eran las feministas y eruditas. Esa mujer que no aceptaba los datos científicos referidos al tamaño y volumen de su cerebro, que quiere cultivar su intelecto, y crear organizaciones para defender sus derechos. Retomando la categoría psiquiátrica de Krafft Ebing de “hermafroditismo psíquico”, habla de la locura de esas mujeres que, teniendo cuerpo y cráneo de mujer, piensan y se comportan como hombres (MOEBIUS, 1982, p. 13).

Esas mujeres deciden estudiar, quieren ser libres y escapan del deber del matrimonio y la maternidad. Entiende que las “eruditas” son pésimas madres o están condenadas a tener hijos débiles y degenerados. Es por ese motivo, que ningún hombre debería desear casarse con una mujer cerebral, a sus hijos “les falta robustez y en muchos casos falta la leche materna” (MOEBIUS, 1982, p. 38). Resume su teoría afirmando que “una excesiva actividad mental hace de la mujer una criatura, no sólo rara, sino también enferma. Las exaltadas locas paren mal y son pésimas madres” (MOEBIUS, 1982, p. 17). El tópico de la buena madre y esposa, persiste a través del tiempo reforzando la asociación entre la locura y la decisión de no maternar, presentada por Moebius, tal como lo muestra el libro *Madre y Patria*, de Marisa Miranda (2019), en el caso específico de Argentina.

Moebius habla de la locura que padece la mujer que posee ansias de libertad y autodeterminación, dirá que se trata de una forma de degeneración, una “condición morbosa”, próxima al hermafroditismo psíquico, a la que denomina “nerviosismo”. Allí se confunden los instintos naturales, reuniéndose rasgos inherentes a los dos sexos, dando lugar a hombres afeminados y mujeres masculinizadas. Esa forma de degeneración se caracterizaría por el individualismo

o egoísmo femenino, del cual encuentra un ejemplo paradigmático en la figura de Nora, de la obra de Ibsen, *Casa de muñecas* (2009). Una mujer degenerada, capaz de abandonar a sus hijos. Al contrario, la mujer natural o normal, con relación a la cual Nora aparece como un desvío patológico, no desea la libertad, su deseo está en sentirse sujeta a la familia y a las responsabilidades familiares. Esto porque, para Moebius, la debilidad mental de la mujer es una conquista y no un defecto, algo que debe preservarse para garantizar el buen funcionamiento de la familia y la sociedad. Porque “si las facultades femeninas alcanzan un desarrollo igual a las facultades de los hombres, los órganos maternos se atrofiarían, y hallaríamos ante nosotros un repugnante e inútil andrógino” (MOEBIUS, 1982, p. 17).

Moebius, del mismo modo que otros psiquiatras, como es el caso de Miguel Bombarda (1896), que definía a la mujer como una degenerada, ponen en evidencia que la preocupación por medir y pesar cerebros, el interés obsesivo de la psiquiatría por multiplicar y clasificar las locuras femeninas, constituyen hechos claramente políticos. La funcionalidad de la psiquiatría en el momento de su nacimiento fue difundir discursos pretendidamente objetivos y socialmente legitimados para contener las luchas que se multiplicaban en la segunda mitad del siglo XIX e inicios del siglo XX: por la igualdad salarial, por los derechos de las mujeres, por el acceso a la instrucción y por la conquista de un lugar en la historia.

Bombarda y Moebius escriben en ese preciso momento en que se hacen sentir las reivindicaciones de la primera ola feminista, el momento del combate de las sufragistas, de las mujeres socialistas y anarquistas (María Lacerda MOURA, 2018) el momento en que las mujeres comenzaban a obtener títulos de abogadas y médicas o se destacaban como escritoras y artistas. Es contra lo que consideraban como siendo “pretensiones excesivas” de las mujeres, que hombres como Broca, Magnan, Bombarda o Moebius construyeron sus argumentos. Y si esto pudo ocurrir fue porque, como afirma Franca Basaglia:

Mientras los subordinados aceptan la propia subordinación como fenómeno natural, no es preciso construir teorías científicas como confirmación de la naturalidad de su condición. Es en el momento en que esta naturalidad ya no parece tan natural, a tal punto que los inferiores comienzan a ponerla en discusión, se desencadenan operaciones defensivas de las cuales, en ese momento histórico, Moebius era un portavoz. (ONGARO BASAGLIA, 1982:12).

Críticas feministas a las disciplinas psi

Como hemos visto, desde hace ya cinco décadas, investigadoras feministas han criticado, a varios niveles y desde distintos puntos de vista, el machismo y la misoginia que han caracterizado desde sus comienzos a la psiquiatría y otras disciplinas afines. Destacamos dos aspectos de estas críticas que presentan especial interés.

El primero de ellos es la constatación de que las etiquetas diagnósticas, en tanto que producto social, están atravesadas por las relaciones de poder de la sociedad a la que pertenecen; para nuestro caso: los diagnósticos tienen un sesgo de género. El caso más conocido e ilustrativo es el de la histeria, que se convirtió en el diagnóstico para todo en el caso de las mujeres en el siglo XIX, hasta llegar a perder todo contenido o validez (Jane USSHER, 2011, p. 8-10). Algunas autoras han señalado que esta categoría era poco más que la imagen que sintetizaba los miedos y los ideales de la sociedad victoriana respecto a las mujeres, en una época en que se estaban rebelando y organizando políticamente (Elaine SHOWALTER, 2001, p. 145-147; USSHER, 1991, p. 85-88).

Sin embargo, no debemos pensar que este tipo de mecanismos es algo del pasado. Ussher ha señalado que, de forma hasta cierto punto análoga a lo sucedido con la histeria, hoy las mujeres que encarnan el estereotipo contradictorio de la mujer como al mismo tiempo seductora, de personalidad débil y emocionalmente volátil son consideradas casos de “trastorno límite de la personalidad” (USSHER, 2011, p. 79-81). Por otro lado, la desproporcionada frecuencia con que las mujeres son diagnosticadas de depresión o trastornos relacionados con la ansiedad en comparación con los hombres ha recibido varias explicaciones; la mayoría de las cuales son, como en el caso mencionado del artículo de Kuehner (2017), reiteraciones de estereotipos patriarcales que no van a la raíz del problema, a saber: que la desigualdad pasa factura a la salud mental de las mujeres (USSHER, 2011, p. 20-44).

Como ya fue mencionado en la introducción de este trabajo, es necesario considerar al influyente y pionero trabajo de la psicóloga estadounidense Phyllis Chesler, cuyo libro *Women and Madness* fue el inaugurador de esta tendencia. Su afirmación de que “lo que consideramos “locura”, aparezca más en mujeres o en hombres, es o bien la representación del despreciado rol femenino o el rechazo total o parcial del estereotipo del rol sexual que nos corresponde” (CHESLER, 1983, p. 56) ha sido frecuentemente citada por las autoras aquí mencionadas. Quizás esta idea, tal cual, sea exagerada: no toda etiqueta diagnóstica es una herramienta de control social de las mujeres, ni es esta la única función que han cumplido y cumplen los servicios de salud mental. Pero de lo que sí debemos hacernos conscientes es de la influencia que tiene el

género a la hora de evaluar los comportamientos de las personas y considerarlos patológicos o no.

Un claro ejemplo es el que aporta Ellen Goudsmit (1994): las y los profesionales médicos tienden a percibir a las mujeres como psicológicamente débiles, poco fiables y con tendencia a la ansiedad, lo que los lleva a interpretar los síntomas que describen las mujeres como psicológicos, y no físicos. Este mecanismo, denominado "psicologización", a menudo origina un aumento de los daños ocasionados por patologías físicas debido a la falta de tratamiento o la tardanza en dispensarlo.

Inmaculada Hurtado (2017) ha analizado también cómo un diagnóstico de creación reciente, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, está generizado: la idea del niño hiperactivo que existe en el imaginario colectivo es marcadamente la de un *niño*, y no una niña. Y no digamos si miramos más allá del binarismo de género: recordemos que no fue sino hasta 2018 cuando la OMS, en la undécima versión de su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), dejó de clasificar la transexualidad como trastorno mental.

El ejemplo más exhaustivo y minucioso de estudio de la evolución de los diagnósticos psiquiátricos en función del género es el llevado a cabo por Joan Busfield (2002), quien realiza dos aportaciones esenciales. En primer lugar, sugiere una clasificación de los tipos de trastornos mentales actuales (basándose en un análisis arqueológico de las taxonomías existentes desde el siglo XVI y que han ido dando forma a las sucesivas clasificaciones hasta hoy) en: trastornos relacionados con la emoción (los *mood disorders*); trastornos relacionados con el pensamiento (fundamentalmente las psicosis); y trastornos relacionados con el comportamiento (como las adicciones o los trastornos de personalidad). Según sus datos epidemiológicos, los primeros, asociados a la feminizada esfera de la emoción, los presentan más mujeres; los asociados al comportamiento (como las adicciones) los presentan más hombres, mientras que los relacionados con el pensamiento (o más bien, con el colapso formal de la capacidad de pensar, menos susceptible de presentar un sesgo de género en su interpretación; Busfield, 2002, p. 151) se distribuyen de forma igualitaria entre hombres y mujeres, aunque no es así entre distintas clases sociales y etnias (BUSFIELD, 2002 p. 147).

La segunda gran aportación de Busfield es su clasificación lógica de los mecanismos que pueden provocar esas diferencias epidemiológicas; es decir, cataloga todas las posibles maneras de explicar que un trastorno presente prevalencias distintas según el género (BUSFIELD, 2002, p. 147- 148). Estas son de dos tipos. El primero no cuestiona las categorías diagnósticas en sí: acepta que las diferencias de género son reales e intenta explicar por qué. Hay tres ejemplos: (i) hombres y mujeres pueden estar más o menos expuestos a situaciones que ocasionan los trastornos (por ejemplo, el abuso sexual); (ii) hombres o mujeres pueden ser más "vulnerables" a esas situaciones (lo cual se suele explicar en términos biológicos); (iii) hombres y mujeres pueden expresar su sufrimiento mental de maneras distintas debido a las expectativas de género y su proceso de subjetivación en esas normas (los hombres "hacia afuera", p.ej. con conductas violentas; las mujeres "hacia adentro", p.ej. deprimiéndose).

El segundo tipo de explicación se fija en el proceso de diagnóstico, suponiendo que el sesgo de género se puede hallar en el momento de identificar el trastorno como tal. Los tres ejemplos son:

(iv) que existan sesgos de género en la interpretación de los síntomas (como en el caso de la psicologización antes mencionado); (v) que existan sesgos de género a la hora de nombrar o clasificar el problema (que un mismo tipo de conducta se considere indicativo de trastorno mental en el caso de una mujer y de comportamiento criminal en el caso de un hombre); y (vi) que existan sesgos de género en las categorías diagnósticas mismas (como en los casos de la histeria o el trastorno límite de personalidad antes mencionados).

La segunda aportación de estas investigadoras es la crítica del efecto despolitizador que tiene la patologización del sufrimiento. Aunque no se trate de una idea exclusiva del feminismo en salud mental, podemos decir que la psicóloga británica Jane Ussher en su libro *The Madness of Women: Myth and Experience*, presenta una explicación completa y convincente de cómo reinterpretar padecimientos individuales en términos colectivos y políticos. Además del caso de la depresión, ya comentado, Ussher explora cómo muchos de los criterios diagnósticos del DSM-IV para trastornos como el de Estrés Post-Traumático o el TLP son, al mismo tiempo, respuestas habituales y comprensibles ("razonables", dice ella) a sucesos como el abuso sexual, al que las mujeres están más expuestas que los hombres (USSHER, 2011, p. 129-152). La autora construye un marco conceptual que muestra que esa cosificación sexual y ese abuso son un mecanismo para el mantenimiento de las diferencias de poder patriarcales entre hombres y mujeres, poniendo el acento en la necesidad de realizar cambios sociales. Este enfoque sería imposible si concluyésemos sencillamente que las mujeres que expresan esos síntomas tienen un trastorno individual.

La socióloga Heidi Rimke ha acuñado un término para esta tendencia institucionalizada en Occidente a individualizar los sufrimientos: psicocentrismo. Este concepto, es definido como "la perspectiva según la cual todos los problemas humanos son patologías innatas de la mente

y/o el cuerpo individual, siendo el individuo el responsable de su enfermedad, éxito y fracaso” (Heidi RIMKE y Deborah BROCK, 2012, p. 183). Se trata de un intento por entender la función ideológico-estructural que la creciente “cultura de la terapia” cumple en el marco de las sociedades neoliberales. Rimke resume en un decálogo las características de este fenómeno, de entre las cuales destacan las tendencias al reduccionismo y determinismo biológicos, al ahistoricismo, al etnocentrismo, a culpar a la víctima, al positivismo cientificista y, por supuesto, un “individualismo patológico” (RIMKE, 2016, p. 7-8).

A esto habría que añadir, a su vez, el poder que se otorga al “complejo psi” (profesionales de la psiquiatría, psicología, psicoterapia, psicoanálisis y similares) de determinar, con sus discursos y prácticas expertas, tanto el diagnóstico como el tratamiento adecuado a todos los problemas humanos, siguiendo una perspectiva profundamente foucaultiana (RIMKE; BROCK, 2012, p. 194). De forma análoga a los intentos de Ussher por contextualizar y despatologizar las actitudes y comportamientos de muchas mujeres en ciertas circunstancias, Rimke se esfuerza por mostrar que algunas situaciones son cuestión de justicia social: que no son problemas individuales sino sociales, y por lo tanto, políticos.

Lo fundamental de estas críticas es que combinan dos objetivos. Por un lado, son capaces de cuestionar las formas habituales y legitimadas de conceptualizar el sufrimiento psíquico, explorando las formas en que estas influyen en el proceso de subjetivación de quienes sufren (USSHER, 2011, p. 7-8). Pero al mismo tiempo reconocen ese sufrimiento como real y legítimo, proporcionando un marco interpretativo alternativo que no solo da un sentido político a ese sufrimiento, sino que además no culpa a estas personas por adoptar los discursos disponibles (y socialmente premiados) para explicarse su situación (USSHER, 2011, p. 102-106). Esta sensibilidad y capacidad de ponerse en el lugar de la persona que sufre, combinada con un ojo bien entrenado para detectar los efectos de la injusticia social, a menudo ha estado ausente del propio tratamiento que dispensaban los servicios de salud mental. Las críticas feministas también han dedicado muchas páginas a denunciar la misoginia de los tratamientos dispensados a mujeres, desde la mutilación genital (SHOWALTER, 2001, p. 75-78) a la psicoterapia marcada por sesgos de género y dinámicas patriarcales (CHESLER, 1983, p. 106-113; USSHER, 2011, p. 97). Pauline Prior (1996) ofrece dos ejemplos de los cuales podemos aprender mucho sobre el potencial de una atención psiquiátrica feminista.

Se trata de dos mujeres norirlandesas que llevaban décadas siendo usuarias de los servicios de salud mental. La primera es el “típico” perfil de la mujer que se casó joven, estando ya embarazada, por orden de sus padres, tuvo ocho hijos con su violento marido y fue ingresada en un hospital psiquiátrico más de doscientas veces a lo largo de cuarenta años (PRIOR, 1996, p. 31-33). De una lectura atenta de su historia se desprendía claramente que los problemas de esta mujer no eran de patología individual, sino que surgían de una situación familiar violenta y agobiante combinada con el peso de las expectativas sociales. Sus constantes ingresos eran intentos de escapar temporalmente de la presión de su vida, pero al mismo tiempo la única alternativa que le proponían era mandarla de forma permanente a un hostel destinado a pacientes de salud mental; algo que ella rechazaba porque habría supuesto reconocer su fracaso como esposa y madre, sin importar que obviamente fueran esos dos roles los que estaban haciéndole la vida imposible. Sin embargo, ninguno de los profesionales que la trató se planteó estas cuestiones o le ofreció otras soluciones; ni tan siquiera tuvieron consultas conjuntas con el marido o el resto de la familia (PRIOR, 1996, p. 33-34).

El segundo caso es el de una enfermera soltera con múltiples intentos de suicidio y adicciones a diversas drogas a sus espaldas, que presentaba síntomas psicóticos. Pasó por fases en su vida en las que era ingresada por largas temporadas (hasta cuatro años), pero en otros momentos vivió sola o con su hermano. Era una persona violenta en el trato, pero al mismo tiempo extremadamente dependiente. Según ella misma admitía sin rodeos, sus problemas psíquicos tenían como raíz sus conflictos con su sexualidad: era lesbiana y lo sabía, pero se odiaba por ello, y pensaba que nadie podría aceptarla. El personal psiquiátrico que la trató no intentó entrar en esta cuestión ni una sola vez en veinte años: si bien no la “juzgaban” por ello, consideraban que este asunto era irrelevante para su “incapacidad para lidiar con la vida” (PRIOR, 1996, p. 35). Esta falta de sensibilidad seguramente reflejaba la brutal homofobia de la Irlanda rural de la época: lo más descorazonador es que, como sugiere Prior, “Mary probablemente estaba en lo cierto en su análisis de su situación” (*Ibid.*). Pero precisamente por eso habría sido de ayuda intentar, con tacto y respeto, ayudarla a gestionar sus conflictos internos y su autodesprecio, en lugar de ignorar o minimizar la cuestión. El resultado: tras pasar por múltiples etiquetas diagnósticas, Mary acabó considerándose esquizofrénica y declarando que no percibía estigma por ser paciente de salud mental – quizás, como sugiere Prior, porque este era incomparable al estigma interiorizado de ser lesbiana.

Llevar a cabo una práctica profesional feminista en salud mental es de una importancia capital. En este ámbito de la asistencia sanitaria, lo que se trabajan son en esencia “problemas del vivir”, (Laary DAVIDSON; Jaak RAKFELDT; John STRAUSS, 2014, p. 162); y el trabajo consiste

en buena medida en ayudar en el proceso de dar un sentido a esos problemas. Que las profesionales que llevan a cabo esa labor introduzcan planteamientos feministas implica que un problema como el de Mary, por ejemplo, pase de conceptualizarse como una “incapacidad para lidiar con la vida” a ser la socialización en la homofobia. Así, en lugar de percibirse como esquizofrénica, quizás cuestionaría los estándares introyectados que la condenan a odiarse a sí misma y tomase conciencia de que es necesario acabar con la homofobia a nivel social.

Y es que una de las características más valiosas de las críticas feministas aquí presentadas es que nos obligan a escuchar los relatos de mujeres que sufrieron los abusos de la psiquiatría. Aquellas que recibieron diagnósticos de depresión o ansiedad, cuando simplemente estaban sobrepasadas por sus contextos de vida adversos, por ejemplo. Debemos escuchar la palabra silenciada de las expertas por experiencia, de las sobrevivientes de la psiquiatría, prestar atención a las historias en primera persona, narradas por las mujeres que sufrieron en sus cuerpos los abusos del poder psiquiátrico.

¿Qué dicen les expertes por experiencia?

Desde finales del siglo XX, un movimiento internacional de usuarios y sobrevivientes de la Psiquiatría comenzó a ganar fuerza y hoy, podemos presenciar la apertura de espacios donde otras voces emergen. Son las voces de aquellos que hasta entonces eran silenciados, considerados pasivos, “pacientes”, pero que hoy luchan para asumir el protagonismo de sus vidas, como ciudadanos de derecho. En Brasil, ese movimiento solo fue posible a partir de la Reforma Psiquiátrica.

De esa manera, el lema “Nada sobre nosotros sin nosotros” se transformó en una importante bandera de lucha que define el protagonismo de la persona con deficiencia en los debates científicos e institucionales del campo de la salud mental. Muchas de esas personas son aquellas que cuentan un poco de sus historias con la expectativa de que sus relatos contribuyan de alguna forma a mejorar la vida de otras personas que pasan por situaciones similares de sufrimiento psíquico. Vanessa es una de ellas. Ella está hace más de un año sin tomar medicamentos psiquiátricos, pero aún frecuenta el CAPS y haciendo tratamientos alternativos. Ella nos ofrece un duro relato en primera persona, de su situación como mujer y cuidadora psiquiatrizada y sobre los efectos que el uso de psicofármacos produjo en su vida.

Vanessa es usuaria de la RAPS - Red de Atención Psicosocial y vinculada a la Asociación AlegreMente¹, con 28 años, atravesó situaciones difíciles en la vida desde muy pequeña. Con solo seis años sufrió abusos sexuales por parte de un adolescente de su barrio, hecho que escondió de todos durante su infancia y que apenas ahora, en la adultez, consiguió revelar a su psicólogo. Su padre tenía problemas de alcoholismo serios y cada vez que salía del trabajo iba siempre a un bar, mientras que su madre trabajaba el día entero, regresando a la casa solamente alrededor de las 10 de la noche. El matrimonio protagonizaba peleas frecuentes frente a sus hijos. Sus hermanos mayores comenzaron a trabajar siendo muy jóvenes para ayudar a la economía familiar y, así, los más pequeños cuidaban unos de los otros. A pesar de todo, Vanessa considera que siempre fue una buena alumna en la escuela, aunque tuviera dificultades de concentración. No obstante, mientras sus hermanas jugaban en la calle, ella prefería quedarse en casa frente a la computadora. Nunca tuvo muchos amigos y sentía dificultades para socializar.

La primera vez que Vanessa sintió estar viviendo una experiencia de sufrimiento psíquico y emocional más intenso fue a los 15 años, cuando fue mandada por la familia a cuidar de su abuela materna, diagnosticada con demencia y Alzheimer. Vanessa cuenta que ni a su madre, ni a sus otros diez hijos parecía importarles la situación: “¡Solo criticaban y hacían la vida imposible!”, dice ella. En su relato, llama la atención la preocupación con el bienestar y el amor por su abuela, aunque haya vivido muchas situaciones de violencia en las cuales su abuela le pegaba. Ya en el último año de la enseñanza media, con dificultades para conciliar la rutina de cuidadora con las exigencias de la vida escolar, abandonó los estudios y se dedicó integralmente al cuidado de su abuela. Desde que se despertaba hasta la hora de dormir.

Fue a los 19 años, después de una crisis de su abuela, que Vanessa sintió una tristeza profunda, quedándose durante tres días sin poder levantarse de la cama. Solo quería dormir. Ella afirma que en ese momento: “¡fue cuando explotó mi olla de presión!”. Pasados algunos días, su madre, preocupada, la llevó a un policlínico en su comunidad y fue allí donde Vanessa tuvo su primer contacto con un psiquiatra y su primera experiencia con psicofármacos. La abuela, por su lado, fue enviada por los hijos para una clínica de cuidados, donde finalmente falleció una semana después. Este evento fue especialmente traumático para Vanessa que, como si no fuese

¹ Entrevista realizada a Vanessa por la Prof. Dra. Sandra Caponi y la doctoranda Leticia H. Amaral, ambas miembros del núcleo NESFHis - Núcleo de Estudos em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). La entrevista fue grabada y transcrita en su totalidad, siendo extraídas para este artículo las ideas principales. Fue realizada una declaración de consentimiento informado que fue leída, discutida y aprobada por la entrevistada. También obtuvimos su aprobación para divulgar esta entrevista en forma de publicación. El nombre “Vanessa” es un nombre fantasía que fue escogido por la entrevistada.

suficiente el sentimiento de duelo y toda la situación de sufrimiento psíquico que atravesaba, pasó también a culparse por la muerte de la abuela.

Quien primero le recetó una medicación psiquiátrica, la fluoxetina (antidepresivo), fue el médico de familia que la recibió en el policlínico. Mientras tanto, Vanessa no presentó mejorías en el transcurso de semanas, por el contrario, se sentía cada vez peor, se autolesionaba e intentó suicidarse. Solo después de mucha insistencia por parte de su madre, la encaminaron al psiquiatra del policlínico, que luego le dio el diagnóstico de depresión, recetándole un fármaco nuevo: diazepam (ansiolítico). Poco tiempo después, Vanessa fue derivada al CAPS (Centro de Atención Psicosocial), donde fue sobremedicada.

En los dos primeros años como usuaria del sistema de salud mental, Vanessa no conseguía hacer absolutamente nada sola. Estaba siempre acompañada de su madre y de su hermana. En el CAPS, la primera psiquiatra que la atendió le prescribió un lote de medicamentos. Allí también recibió el diagnóstico de trastorno bipolar con crisis psicóticas. Pasó por la experiencia de escuchar voces: algunas veces eran voces que la mandaban matarse, sobre todo cuando veía a su padre alcoholizado. Esas voces la perseguían. Para controlarlas, Vanessa llegó a tomar un número de entre 10 y 12 comprimidos por día, por prescripción médica.

Vanessa cuenta que vivió un verdadero drama a causa de los efectos colaterales de los medicamentos. Recuerda que, por ejemplo, tenía mucho sueño durante el día y no tenía ningún ánimo para participar de las actividades propuestas en el CAPS, mientras que en la noche no conseguía dormir. A veces, dormía dos horas por noche. Según cuenta, la risperidona (antipsicótico) le provocaba temblores en el cuello, sentía que se le torcía la boca, entre otras sensaciones desagradables. El ácido valproico, una vez tomado, le causaba una sensación de que algo le explotaba en el estómago, provocándole náuseas y vómitos constantes. Relató que: "¡Solo andaba con el balde!". Ese balde, que aparece varias veces en nuestra conversación, se refiere a un recipiente que usaba para poder salir a la calle, porque era muy común que tuviese sensaciones de náuseas y vómitos, como efecto de la medicación. En el transcurso del tratamiento, esa joven bonita y muy bien arreglada, cuenta que cuando estaba consumiendo 10 a 12 píldoras por día, llegó a aumentar mucho de peso: más de 70 kg, llegando a pesar 155 Kg. Un exceso de peso que luego consiguió perder al tiempo que reducía la medicación. Vanessa lidiaba, en aquel momento, con una fuerte ansiedad y compulsión alimentar, mientras estaba bajo los efectos de psicofármacos. Aunque critique el exceso de medicamentos que recibió en el CAPS, Vanessa da mucha importancia a ese espacio, pero también a la asociación, que le permitió conocer a sus colegas, a sus compañeros de tratamiento y de militancia.

Vanessa nos presenta, de manera espontánea, una narrativa de elaboración subjetiva respecto de su experiencia con los psicofármacos. Ella se refiere al trío: Amor, Odio y Respeto. Vanessa admite, en ese sentido, haber vivido tres fases a lo largo de los últimos cinco años: la del amor, ya que considera que sin la intervención medicamentosa muy probablemente ella se habría suicidado. De ese modo, ella admite que, en un momento específico, los medicamentos salvaron su vida. La fase del odio, que comenzó en 2017, dos años después de iniciar el tratamiento, fue provocada por los problemas recurrentes derivados de los efectos colaterales de los diferentes psicofármacos que tomaba. Vanessa relata que, en esa época, comenzó a cuestionar el uso de psicofármacos.

Vanessa realizó algunas lecturas de Foucault (2003), y comenzó a interesarse por las prescripciones de los remedios ingeridos y a relacionar ciertas sensaciones que le provocaban los efectos colaterales. "Desde ese momento comencé a cuestionar la psiquiatría. Continué vomitando, continúo ansiosa, continúo triste, continúo sin hacer nada con mi vida." Ella sentía que los medicamentos estaban haciéndole más mal que bien. La psiquiatra, no obstante, no tomaba en consideración sus reclamos y apenas le pedía que continuase con "su tablita" (de horario de cada medicamento), amenazándola con dejarla como única responsable si le sucediera algo malo.

En 2018, Vanessa comenzó a reducir la medicación, pero sabiendo siempre de la posibilidad de tener que volver a tomarlos en caso de crisis mayores. En este sentido, nunca intentó convencer a ninguno de sus compañeros usuarios de la red de dejar de tomar los medicamentos, porque reconoce la seriedad del asunto: hay vidas en juego, pero también sabe que su proceso de crecimiento y logro de autonomía (empoderamiento y autogobierno) inspira a otros. Aun así, Vanessa cree firmemente que los medicamentos psiquiátricos, debido a sus fuertes efectos secundarios, sólo deben tomarse en momentos de crisis y no de forma continuada, como suele practicarse en los CAPS.

Fue a principios del 2018 que empecé a cuidarme, este cuidado que digo es hacer todo un tratamiento desde psicólogo, con nutricionista, la caminata, la 'auricu' (auriculoterapia), todo correctamente. Durante todo un año cuidándome, conseguí adelgazar, pero sin ningún medicamento, comiendo bien, a la hora adecuada, sin presiones, cuidando mi peso, mi alimentación, cuidando mi cabeza.

En contra, por tanto, de las prescripciones de los médicos y a escondidas también de su familia, Vanessa decidió disminuir la medicación por su cuenta, pero lo hizo de forma bastante gradual, demostrando una fuerte conexión con sus procesos subjetivos y con sus vulnerabilidades. "Me estaba poniendo a prueba." En primer lugar, retiró los que provocaban efectos secundarios más graves, como el ácido valproico. Vanessa lamenta profundamente haber tenido que hacerlo sola, y asegura que hubiera sido mucho mejor que el psiquiatra que la atendía en ese momento hubiese tenido en cuenta y acogido sus quejas, sentimientos y opiniones, y hubiese establecido junto con ella una estrategia de retirada. Así, se pregunta:

¿Por qué no escucharme, si era yo quien estaba allí con el cubo (vomitando), queriendo sólo dormir (...) sintiendo el dolor de apenas poder pasar por el torniquete (del autobús)? Solo escuchaba: "¡Yo soy el médico aquí y usted tendrá que tomar lo que le estoy dando!"

Cuenta que el pasaje, el punto de inflexión (*turning point*) para el proceso de desmedicalización ocurrió con la entrada de una voluntaria en el CAPS, que se acercó al grupo a través de la asociación AlegreMente y que enseñó a Vanessa y a sus colegas sobre empoderamiento. La voluntaria nunca les recomendó la retirada de la medicación, pero era una persona muy acogedora y alentadora, hablaba mucho con todos los usuarios, ayudándoles a esbozar sueños, planes y metas. Vanessa cree, por tanto, que fue gracias a su trabajo con Alessandra y a un plan de actividades terapéuticas (PTS) diversificado y en grupo, que pudo dejar las constantes "quejas de la vida" y empezar a buscar actividades en las que se sintiera útil.

Cuenta que tenía mucho miedo, porque constantemente oía decir a los profesionales del CAPS que, si los usuarios dejaban de tomar el medicamento, se volverían locos. En el grupo se hablaba mucho de los malos tratos en el IPQ (hospital psiquiátrico) y todos temían una eventual hospitalización. Así que Vanessa reflexionó y se decidió por un proceso muy gradual de retirada de la medicación. Pero este proceso tenía que hacerlo sola. Cuenta que sintió, como efecto de la retirada de los medicamentos, mucha palpitación en el pecho, pero estaba advertida de este síntoma porque conocía mejor los prospectos de los medicamentos.

Durante y después del proceso de abstinencia de los fármacos, Vanessa continuó con las sesiones de psicoterapia individual, la participación en grupos terapéuticos y se implicó fuertemente en la militancia, buscando espacios para hablar de salud mental con el fin de sensibilizar a la gente con su historia y poder ayudar a otras personas que pasaban por problemas similares. Actualmente estudia Archivología en la Universidad Federal de Santa Catarina y cuenta que está haciendo un trabajo en el que utiliza a Michel Foucault como referencia teórica y que aprovecha todos los espacios que puede para hablar de salud mental. Ha empezado a cuestionar la relación de saber-poder en la que se sitúa el psiquiatra cuando intenta imponer su discurso como verdad única, una verdad que se atribuye como forma de dominación.

Para concluir: la reconstrucción de la subjetividad

Fue contra esa relación de dominación y opresión que Vanessa cree haberse rebelado tejiendo caminos más autónomos en la construcción de su subjetividad. Algo de lo que está muy orgullosa y que desea compartir.

La posibilidad de participar en grupos terapéuticos, de compartir pensamientos y sentimientos con otras personas y también de escuchar otras experiencias de personas en sufrimiento psíquico-emocional fue fundamental para su tratamiento. Estos grupos tienen lugar en diversos espacios: en los CAPS, en asociaciones de usuarios, familiares y simpatizantes, y también en el CESUSC. Destaca, por ejemplo, el efecto terapéutico del grupo de yoga, que le enseñó la importancia de la respiración para controlar la ansiedad y que, en consecuencia, le aportó mejoras significativas en su relación con la comida y con su cuerpo. Afirma que todavía hoy tiene ansiedad. Sin embargo, ahora con una nueva comprensión de la situación, se retrae, hace un ejercicio de respiración, reflexiona, intenta encontrar la causa del problema y, si no lo consigue, se limita a decirse a sí misma que la ansiedad pasará, por lo que podrá calmarse poco a poco.

En cuanto a la militancia, su principal lucha es por el crecimiento y fortalecimiento de estos espacios y también por los derechos y deberes de los usuarios de la red. También admite que la militancia ha sido muy terapéutica para ella: "¡Fue donde me recuperé!". Como siempre le han gustado los ordenadores y la investigación, Vanessa empezó a buscar y llevar nueva información a los grupos, lo que le ayudó a sentirse cada vez más útil. Admite haber desarrollado, en este proceso, un sentido crítico y se empeña en exponer siempre su opinión.

La narración de Vanessa deja claro que, en su caso, fueron varios años de sufrimiento, precisamente como consecuencia de las prescripciones psicofarmacológicas recibidas. Ella no conoce, en su entorno social, a otras personas que hayan conseguido abandonar por completo la medicación. Esto ocurre porque ese es un proceso doloroso y difícil que precisa de

un acompañamiento terapéutico atento y cuidadoso que, como vimos en el caso de Vanessa, muchas veces es negado por los profesionales del campo psi. Esos mismos que, inicialmente, recetaron los medicamentos e impusieron etiquetas diagnósticas.

El sesgo de género de la psiquiatría puede ser visto en cada relato de las muchas 'Vanessas' que han debido someterse al poder psiquiátrico. Lo podemos observar cuando son impuestos diagnósticos que ocultan los sufrimientos vividos, en este caso, el abuso sexual en la infancia y la condena al cuidado de una abuela con demencia, entre otras situaciones dolorosas. El sesgo aparece también cuando son prescritos medicamentos con efectos colaterales severos, 10 o 12 píldoras en un día, que llevaron a un aumento de peso de 70 kilos, sin que nadie hubiera advertido jamás que ese podía ser un efecto adverso de las drogas prescritas. Tampoco fueron informados otros efectos indeseados de las medicaciones, como ansias de vómito, Vanessa debía salir a la calle con un balde, fuertes dolores estomacales, sensación de un cuerpo que se deforma. Nada se dice tampoco sobre el síndrome de abstinencia provocado por la retirada de los fármacos.

Vanessa debió dejar de estudiar para cuidar de su abuela, esa fue la función social asignada por su familia, una función adecuada a lo que se espera de una mujer en una sociedad patriarcal. Los psiquiatras que atendieron a Vanessa no quisieron oír el sufrimiento que implicaban las tareas de cuidado, nada quisieron saber de las renunciaciones hechas en los años en que se desempeñó exclusivamente como cuidadora, una tarea generalmente desempeñada por mujeres.

Como vemos en este caso, la psiquiatría parece repetir el mismo sesgo de género, desde el siglo XIX hasta hoy. Eso ocurre cuando considera normal que madres, nietas, hijas desempeñen tareas de cuidado desconsiderando el precio subjetivo que ellas deben pagar por realizar esa ocupación. Tal como han sabido mostrar autoras como Chesler (2018), Caplan y COSGROVE (2004), Ussher (2011) o Rimke (2016), y tal como observamos en el relato de Vanessa, resulta imprescindible contextualizar y despatologizar las actitudes y comportamientos de muchas mujeres que padecen sufrimientos psíquicos, entendiendo que sus sufrimientos pueden ser una respuesta a circunstancias adversas de vida. Es preciso entender que el problema no es de falta de serotonina o exceso de dopamina, que el problema no está en el cerebro ni en el cuerpo de las muchas 'Vanessas' que han sido psiquiatrizadas. Entender, en fin, que sus problemas no son biológicos o individuales, sino sociales y políticos.

Referencias

BACIGALUPE, Amaia; MARTÍN, Unai. "Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: Are we medicalising women's mental health?". *Scandinavian Journal of Public Health* [En línea]. 2020, v. 49, Issue 3. Disponible en <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494820944736>. Consultado el 16/02/2023.

BIANCHI, Eugenia. "¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales". *Relmecs*. [En línea]. 2019, v. 9, n. 1. Disponible en <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/78051>. Consultado el 16/02/2023.

BOMBARDA, Miguel. *Lições sobre a Epilepsia*. Lisboa: Livraria de Antonio Pereira, 1896.

BUSFIELD, Joan. "The archaeology of psychiatric disorder. Gender and the disorders of thought, emotion and behaviour". In: BENDELOW, Gillian; CARPENTER, Mick; VAUTIER, Caroline; WILLIAMS, Simon (Eds.), *Gender, Health and Healing: The Public/Private Divide*. Londres: Routledge, 2002. p. 144- 162.

CAPLAN, Paula; COSGROVE, Lisa. *Bias In Psychiatric Diagnosis*. Maryland: Jason Aronson Book, 2004.

CAPLAN, Paula; POLAND, Jeffrey. "The Deep Structure of Bias In Psychiatric Diagnosis". In: CAPLAN, Paula; COSGROVE, Lisa (Orgs.). *Bias In Psychiatric Diagnosis*. Maryland: Jason Aronson Book, 2004. p. 9-23.

CAPONI, Sandra. "Scientia Sexualis. El lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría". In: MIRANDA Marisa (Comp.) *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental*. La Plata: Edulp, 2019. p. 19-48.

CHESLER, Phyllis. *Women and Madness*. Nueva York: Avon, 1983.

CHESLER, Phyllis. "Prefacio a la edición de 2005". In: CHESLER, Phyllis. *Women and Madness*. Chicago: Lawrence Hill Books, 2018.

DAVIDSON, Larry; RAKFELDT, Jaak; STRAUSS, John. *Las raíces del movimiento de recuperación en psiquiatría. Lecciones aprendidas*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2014.

- FOUCAULT, Michel. *Le pouvoir psychiatrique*. Paris: Gallimard, 2003.
- FOUCAULT, Michel. *Historia de la sexualidad. La voluntad de Saber*. México D.F.: Siglo XXI, 1978.
- FOUCAULT, Michel. *Les anormaux*. París: Gallimard. 1999.
- IBSEN, Henrik. *Casa de muñecas*. Buenos Aires: Losada, 2009.
- KRAFFT-EBING, Richard von. *Psychopathia Sexualis*. Philadelphia and London: The Davis Company and Rebman, 1894.
- KUEHNER, Christine. "Why is depression more common among women than among men?". *Lancet Psychiatry* [En línea]. 2017, v. 4, n. 2, p. 146-158. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27856392/>. Consultado el 12/02/2023.
- GOUDSMIT, Ellen. "All in Her Mind! Stereotypic Views and the Psychologisation of Women's Illness". In: WILKINSON, Sue; KITZINGER, Celia (Eds.). *Women and Health: Feminist Perspectives*. Londres: Taylor & Francis, 1994. pp. 7-12.
- HURTADO, Inmaculada. *Territorio Babia. Análisis de las articulaciones de género en el caso del TDAH*. In: XIV CONGRESO DE ANTROPOLOGÍA. ANTROPOLOGÍAS EN TRANSFORMACIÓN: SENTIDOS, COMPROMISOS Y UTOPIAS, 2017, Valencia.
- MAGNAN, Valentin; LEGRAIN, Paul Maurice. *Les dégénéérés*. Paris: Rueff et G, 1895.
- MAZON, Marcia. "Por que a indústria farmacêutica é diferente das outras? Saúde mental, ciência e psicotrópicos em questão". In: CAPONI, Sandra; BROZOZESKI, Fabíola S; LAJONQUÈRE, Leandro (Eds.). *Saberes expertos e medicalização no domínio da infância*. São Paulo: LiberArs, 2021. p. 33-52.
- MIRANDA, Marisa. *iMadre y patria! Eugenesia, procreación y poder en una Argentina heteronormada*. Buenos Aires: Teseo, 2019.
- MOEBIUS, Paul Julius. *La inferioridad mental de la mujer*. Barcelona: Bruguera, 1982.
- MOREL, Benedict. *Traité des dégénérescence Physique, Intellectueles et Morales de l'Espèce Humaine*. Paris: Baillière, 1857.
- MOURA, Maria Lacerda de. *A mulher é uma degenerada*. São Paulo: Tenda de Livros, 2018.
- ONGARO BASAGLIA, Franca. "Prólogo". In: ONGARO BASAGLIA, Franca. *La inferioridad mental de la mujer*. Barcelona: Bruguera, 1982. p. 1-22.
- PRIOR, Pauline. "The Dark Side of Goodness: women, social norms and mental health". *Journal of Gender Studies* [En línea]. 1996, v.5, n.1, p. 27-37. Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09589236.1996.9960627>. Consultado el 13/02/2023.
- RIMKE, Heidi. "Introduction – Mental and Emotional Distress as a Social Justice Issue: Beyond Psychocentrism". *Social Justice Issues*, [En línea]. 2016 v.10, n.1, p. 4-17. Disponible en <https://journals.library.brocku.ca/index.php/SSJ/article/view/1407>. Consultado el 10/02/2023.
- RIMKE, Heidi; BROCK, Deborah. "The Culture of Therapy: Psychocentrism in Everyday Life". In: BROCK, Deborah; RABY, Rebecca; THOMAS, Mark P. (Eds.). *Power and Everyday Practices*. Toronto: Nelson Education, 2012, p. 182-202.
- SHOWALTER, Elaine. *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830- 1980*. London: Virago, 2001.
- USSHER, Jane. *Women's Madness: Misogyny or Mental Illness?* Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 1991.
- USSHER, Jane. *The Madness of Women: Myth and Experience*. Nueva York: Routledge, 2011.

Sandra Caponi (sandracaponi@gmail.com) es profesora titular do Departamento de Sociología y Ciencia Política de la Universidad Federal de Santa Catarina. Profesora del Programa de Pos graduación en Sociología Política de la UFSC y en el Programa interdisciplinar en Ciencias Humanas de la misma institución. Investigadora del CNPq. Investigadora del *Medical*

Anthropology Research Centre (MARC) - Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social (DAFITS) - *Universitat Rovira i Virgili* (España). Beca Maria Zambrano. Coordinadora del Proyecto Capes - Cofecub 2019 -2022. Coordinadora del Núcleo NESFHis - UFSC. <https://ufsc.academia.edu/SandraCaponi>. CV: <http://lattes.cnpq.br/2467216114324122>.

Jesús Martínez Sevilla (jesus.martinez.sevilla@gmail.com) contrato predoctoral en el Departamento de Antropología Social y doctorando en el programa de doctorado en Estudios de las Mujeres, Discursos y Prácticas de Género de la Universidad de Granada. Miembro del núcleo de investigación "OTRAS. Perspectivas feministas en investigación social". Miembro del Instituto Universitario de Investigación de Estudios de las Mujeres y de Género de la Universidad de Granada. Página del autor (URL): <https://imujer.ugr.es/instituto/organizacion/jesus-martinez-sevilla>

Leticia Hummel do Amaral (leticiahummel@hotmail.com) es Graduada en Ciencias Sociales (2014) con maestría en Sociología Política (2020) por la Universidad Federal de Santa Catarina - UFSC. Actualmente es doctoranda en el Programa de Posgraduación en Sociología y Ciencia Política en la misma institución, donde integra el NESFHis - Núcleo de estudios en Sociología, Filosofía e Historia de las Ciencias de la Salud. Tiene especial interés y experiencia en pesquisa académica en los ámbitos de la Sociología de la Educación y Sociología de la Salud. En la licenciatura, investigó la enseñanza de sociología en la formación académico-profesional y las políticas curriculares en Brasil. En la maestría estudió los procesos de medicalización de la infancia y del espacio escolar, especialmente las discursividades en torno de la prevención y control de riesgo en salud mental. Actualmente, investiga la emergencia de discursos y prácticas desmedicalizantes en el ámbito de la salud mental en la contemporaneidad. CV: <http://lattes.cnpq.br/9202021330413611>. Página del autor (URL): <https://ufsc.academia.edu/LeticiaHummelAmaral>.



COMO CITAR ESTE ARTÍCULO, DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE LA REVISTA

CAPONI, Sandra; MARTINEZ VILLA, Jesús; AMARAL, Leticia Hummel. "El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas". *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 31, n. 1, e93055, 2023.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Sandra Caponi: concepción, elaboración del manuscrito, análisis, redacción y discusión de los resultados.

Jesus Martinez Sevilla: concepción, elaboración del manuscrito, análisis, redacción y discusión de los resultados.

Leticia Hummel Amaral: concepción, elaboración del manuscrito, análisis, redacción y discusión de los resultados).

FINANCIACIÓN

Financiación parcial del artículo por CNPq y Beca María Zambrano.

CONSENTIMIENTO DE USO DE IMAGEN

No se aplica.

APROBACIÓN DE COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

La investigación fue aprobada por el CEP: Parecer Consubstanciado número 2.229.05 del 24 de agosto de 2017 y por la Comisión de Acompañamiento de Proyectos de Investigación en Salud, de la Secretaría de Atención Primaria de la SMS.

CONFLICTO DE INTERESES

No se aplica.

LICENCIA DE USO

Este artículo tiene la licencia Creative Commons License CC-BY 4.0 International. Con esta licencia puedes compartir, adaptar, crear para cualquier finalidad, siempre y cuando cedas la autoría de la obra.

HISTORIAL

Recibido el 21/02/2023

Presentado nuevamente el 05/03/2023

Aprobado el 07/03/2023
