

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**UN VIAJE COMPARTIDO: EXPERIENCIAS DE MUJERES
QUE HABITAN UN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO, SUS
VOCES MÁS ALLÁ DE UNA ETIQUETA**

Andrea del Pilar Cabrales Arango

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Departamento de la ocupación humana
Bogotá D.C., Colombia

2022

UN VIAJE COMPARTIDO: EXPERIENCIAS DE MUJERES QUE HABITAN UN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO, SUS VOCES MÁS ALLÁ DE UNA ETIQUETA

Andrea del Pilar Cabrales Arango

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en Discapacidad e Inclusión Social

Directora:

Profa. Dra. Eucaris Olaya

Línea de investigación

Dis/capacidades y desafíos políticos emergentes

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Bogotá D.C., Colombia

2022

Dedicatoria

A las mujeres de mi familia

A *Albita* mi luz, mi faro, mi ejemplo, loca, soñadora, fuerte, débil, guerrera, amorosa, comprensiva, dulce, mi mamá, a *Mi hija*; el amor de mi vida, mi polo a tierra, mi más grande maestra, fuerte, inteligente, feroz, valiente, agresiva, luchadora, soñadora, el ángel de mi vida, a mis *sobrinas*, el amor encarnado, lindas, encantadoras, perfectas, fuertes, alegres y seguras, a mi tía, luchadora, cariñosa, amable, valiente, emprendedora, segura, a mis *primas*; cómplices, locas, astutas, inteligentes, amorosas, tiernas, buenas, sensibles, guerreras, a *Laura*, la madre de mis *gemelos sobrinos*, una mujer sensible, voraz, astuta, tierna, fuerte, guerrera, que se permite ser y soñar, a las mujeres que *no conocí*, (mis abuelas) pero de las que muchas veces escuche, mujeres poderosas, buenas, sensibles, únicas, libres.

A las mujeres con las que compartí este viaje

Inés, Viviana, Ana, Claudia, Angelica, Natalia, Yeimy, sin ellas no hubiera sido posible este encuentro. Cada palabra, cada encuentro, cada canción me permitió conocerlas y también conocerme. Estaré infinitamente agradecida por permitirme y darme el honor y el privilegio de conocer sus vidas. Siempre estaré ahí, para ustedes.

A Dianita Piñeros, la *mamá luchona*, un ejemplo claro de empatía, sororidad, apoyo incondicional, inteligente, emprendedora, segura, eterna gratitud, por la paciencia, la confianza, la escucha.

A las mujeres en mi vida

A todas las mujeres que han recorrido conmigo el camino, un camino, una historia, un baile, una pasarela, un escrito, un almuerzo, unas palabras, un dolor, un amor, un encuentro, un desencuentro *a todas ellas*.

A todas las mujeres que se encuentren en estas palabras.

Agradecimientos

A **Dios**, por su infinita misericordia.

A todas las mujeres de mi vida. Las que me han enseñado el valor de la sororidad.

A mi familia, que me motiva a continuar y alcanzar mis sueños. A Carlos que me ha apoyado desde siempre, me ha llevado a arriesgarme, a creer que es posible recorrer y disfrutar otros caminos.

A mi hermano, el mejor del mundo, un hombre poderoso, brillante, fuerte, con quien además aprendí que el color azul, los carritos y patear, también son cosas de niñas.

A la profesora Eucaris, que me guió y me enseñó otros paisajes. Que me permitió ser y que me escuchó cuando el camino era incierto.

A las mujeres que compartieron sus historias, sus vidas, sus palabras, sus canciones, sus letras, sus risas y también sus lágrimas, mujeres poderosas, que me llevaron a recorrer caminos insospechados, a conocerlas y conocerme, a involucrarme de maneras otras y a desear Sanar.

A quienes hicieron que la carga fuera ligera.

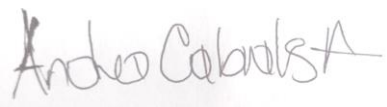
Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido. He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.



Andrea del Pilar Cabrales Arango

Fecha



Resumen

En esta investigación se planteó como objetivo acercarse a las experiencias vividas por mujeres que han sido diagnosticadas psiquiátricamente, para desde este acercamiento realizar un ejercicio de *reconocimiento* que permita desde sus voces visibilizar estas experiencias. Tal ejercicio se realizó teniendo en cuenta sus luchas y resistencias a partir de la asignación de la *etiqueta diagnóstica*. La metodología de esta investigación ha sido fuertemente influenciada por los enfoques cualitativos, los cuales responden al paradigma crítico-social, a través de la Investigación Acción Participativa (IAP). Ello permitió situar y privilegiar el saber de cada una de las participantes quienes para esta investigación se mantuvieron activas a lo largo de todo el proceso.

Las estrategias metodológicas que se usaron a lo largo de la investigación se centraron en el análisis de los discursos, las narrativas de vida y las conversaciones creativas; permitiendo, no solamente, analizar el ejercicio lingüístico, sino también la construcción conjunta de una narrativa crítica en torno a la problemática abordada. A partir de las categorías de: mujer y locura, sufrimiento emocional, estigma, autoestigma y discriminación, se realizó el análisis de los resultados. Lo cual permitió que esta investigación pusiera en evidencia la necesidad de conocer y reconocer las voces de mujeres que están atravesadas por un diagnóstico psiquiátrico y el modo en que esto influye en su: autoestigma y el impacto del estigma, es decir, la discriminación en el camino para sanar. En suma, el impacto que una etiqueta diagnóstica tiene en la experiencia de vida de mujeres que han sido diagnosticadas psiquiátricamente. Lo que deja una tarea pendiente pero que no puede aplazarse: reivindicar

las historias, las narrativas, las vidas y los cuerpos de las mujeres diagnosticadas psiquiátricamente. Tarea que no solo compete al sector salud, sino que involucra a distintos sectores de la sociedad, como lo son: educación, ambiente, hábitat, movilidad, recreación y deporte, participación y social, organizaciones de base comunitaria, gremios profesionales, familias, etc.

Palabras clave: mujer, locura, sufrimiento emocional, estigma.



Abstract

A SHARED JOURNEY: EXPERIENCES OF WOMEN WHO INHABIT A PSYCHIATRIC DIAGNOSIS, THEIR VOICES BEYOND A LABEL

In this research, the objective was to approach the experiences lived by women who have been diagnosed psychiatrically, in order to carry out an exercise of recognition from their voices to make these experiences visible. Such an exercise was carried out taking into account their struggles and resistance from the appearance of the diagnostic label. The methodology of this research has been strongly influenced by qualitative approaches, which respond to the critical-social paradigm, through Participatory Action Research (PAR). This made it possible to situate and privilege the knowledge of each of the participants who remained active throughout the entire process for this research.

The methodological strategies used throughout the investigation focused on the analysis of discourses, life narratives and creative conversations; Doing, not only, analyze the linguistic exercise, but also the joint construction of a critical narrative around the problem addressed. From the categories of: women and madness, emotional suffering, stigma, self-stigma and discrimination, the results were analyzed. Which allowed this research to highlight the need to know and recognize the voices of women who are affected by a psychiatric diagnosis and the way in which this influences their: self-stigma and the impact of stigma, that is, discrimination in the way to heal. In short, the impact that a diagnostic label has on the life experience of women who have been psychiatrically diagnosed. Which leaves a pending task but that cannot be postponed: vindicate the stories, narratives, Lives and bodies of women diagnosed psychiatrically. A task that not only competes with the health sector, but also involves different sectors of society, such as: health, education, environment, habitat,

Un viaje compartido: experiencias de mujeres que habitan un diagnóstico psiquiátrico, sus voces más allá de una etiqueta



mobility, recreation and sports, participation and social action, community-based organizations, professional associations, families etc.

Keywords: woman, madness, emotional suffering, stigma.



Contenido

Resumen	6
Introducción	14
Capítulo 1	25
¿Y para dónde vamos? Preparando maletas	25
1.1 Mirar el camino: sobre motivaciones personales y sociales	26
1.2.1 Objetivo general	30
1.2.2 Objetivos específicos	31
1.3 Revisando el closet y empacando maleta	31
Capítulo 2	51
Un mapa necesario para emprender el viaje	51
2.1 El paisaje de la locura	52
2.1.1 Mujer y locura	59
2.2 El camino de la reivindicación	65
2.3 Día de tormenta	70
2.3.1 Mujer y sufrimiento psíquico	74
2.4 La talanquera	77
2.5 Las mariposas que no caben en el estómago	83
Capítulo 3	87
Un viaje hacia la locura. Un encuentro con conocidas y extrañas	87
3.1 El enfoque cualitativo	88
3.1.2 El paradigma crítico social o sociocrítico	88
3.1.3 La investigación acción participativa	90
3.2 Consideraciones éticas	91
3.2.1 Calificación de riesgo inherente a la investigación	91
3.2.2 Comité de ética	91
3.2.3 Procedimiento para la toma de consentimiento informado	92
3.2.4 Procedimiento para proteger la privacidad de las mujeres participantes en esta investigación	92
3.3 Haciendo planes	92
3.4 La compañía idónea	95
3.4.2 Haciendo realidad los planes	104
Capítulo 4	107



Contemplando amaneceres	107
4.1 Compartiendo intereses	108
4.2 Nube de palabras	114
4.3 Algunos sonidos	121
4.4 Compartiendo experiencias.....	127
4.5 Caminata	145
Capítulo 5.	153
El camino no se acaba, se ramifica	153
5.1 Los paisajes.....	153
5.2 Remembranzas.....	156
5.3 Para no olvidar	164
Referencias.....	168



Tabla de ilustraciones

Ilustración 1. Pieza comunicativa de búsqueda y encuentro	96
Ilustración 2. Nube de palabras.	115
Ilustración 3. Nube de palabras	118



Tabla de fotos

Foto 1. Óleo sobre lienzo. Inspirado en “Bruja en el espejo”	59
Foto 2. "Representación de los hijos"	74
Foto 3. " Mi diagnóstico, es como una cárcel”	140
Foto 4. Clase de modelaje	148



Introducción

Cada vez que nos planteamos y decidimos realizar un viaje nos llenamos de preguntas, tenemos expectativas, independientemente de cuál sea el objetivo del mismo. En mi caso particular, siempre estoy dispuesta a conocer, aprender, descubrir; no me importa si el viaje es largo o corto, de trabajo o de placer, por compromiso familiar, siempre estoy llena de emociones. Sin embargo, mis viajes favoritos son aquellos en los que me rodea la mejor compañía, esa que descubrimos a medida que avanzamos en nuestro viaje. Si bien, puede que desde la planeación del viaje ya tengamos claro con quien o quienes viajaremos, es posible que muchas veces en el camino descubramos a ese que tenemos en frente y que nos acompaña, ese descubrimiento nos muestra un ser diferente y quizá más auténtico del que conocíamos antes de iniciar el viaje. Tal descubrimiento hace que la presencia de esas personas sea más valiosa para nuestras vidas. Pero también, el viajar nos ofrece otra experiencia humana trascendental. En medio del viaje nos encontramos con nuevas personas que aportan por medio de sus experiencias, narrativas, luchas, resistencias, sufrimientos, alegrías y transformaciones un cambio en la perspectiva con la que uno mismo se auto comprende.

El viaje tal como lo he descrito anteriormente es la metáfora central desde la que se ha pensado y se plantea el desarrollo de los capítulos de esta tesis. Razón por la cual, invito a mis lectores/as a leer cada una de las palabras escritas aquí como un viaje intelectual y experiencial. Este viaje surgió para mí desde dos perspectivas, la primera se apega a mi gusto personal por el viajar, lo que me ha conducido a entender esta experiencia investigativa como un viaje que en principio parecía en “búsqueda de la razón” pero que a lo largo del transitar



el camino fue variando mi manera de entender que la práctica terapéutica en el campo de la salud mental, la cual a veces se entiende como conducir al individuo hacia la razón, por medio de un tipo de saber-poder. Por el contrario, el viaje me enseñó que no se trata de entender el sanar como una búsqueda de la razón, sino que viajar es comprender al otro, es escuchar al otro.

Al igual que un viaje este proceso de investigación contó con la mejor de las compañías; mujeres atravesadas por la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico, que decidieron embarcarse conmigo en este viaje. El cual me llevó a descubrir otras formas de pensar y percibir el mundo; a su vez me llevó a encontrarme e identificarme con sus experiencias. Me llevo al dolor, a la soledad, a la alegría, a la felicidad, a interpelarme, a desaprender y, sobre todo, a recorrer otros caminos desconocidos e insospechados para mí.

Como en todo viaje es necesario llevar un equipaje, el cual fue proporcionado por mi desarrollo académico en la maestría de Discapacidad e Inclusión Social. No obstante, el equipaje teórico fue difícil de empacar y cargar, pues acercarme a la teoría crítica, a la teoría feminista y a otros discursos diferentes a los aprendidos durante mi formación como psicóloga fue una tarea compleja. Puedo decir que nunca antes me habían interpelado tanto y tantas veces. Seguramente estos caminos recorridos más allá de dejar un texto o realizar un ejercicio académico, han creado en mí otra forma de pensar, de ver y percibir el mundo diferente a como lo había visto y percibido hasta hace pocos años. Desde que me embarque en este viaje --el cual, repito, siempre estuvo acompañado de mujeres, no solo de las que están de manera oficial presentes en el texto, sino también de las que me han acompañado en otros viajes, en otros momentos-- he tenido distintas transformaciones, muchas de las cuales se ven reflejadas en esta tesis, sin embargo, soy consciente de que el viaje no termina acá,



sino que esta es una parada momentánea de todo el proceso. En ese sentido pido a quienes me leen entender lo consignado en esta tesis como un producto que está siendo construido y modificado a medida que el viaje me sigue transformando.

Este viaje, en principio parecía sencillo, tenía un itinerario, una hoja de ruta, lugares conocidos, seguros, personas conocidas, era solo ir y volver. Fin del viaje con los mejores recuerdos y lindas fotos. Sin embargo, al irme acercando a otros discursos me di cuenta que este viaje *era y es* mucho más complejo de lo que imaginaba. Así fue necesario modificar los planes, ajustar la línea de ruta, salirme de los lugares conocidos y encontrarme con mujeres que creía conocer, pero realmente eran desconocidas para mí. Todo ello fue una experiencia que confieso viví con cierto temor pero que sin embargo me permitió vivir un viaje maravilloso, en el cual el camino no se acaba, solo se transforma y se abre a otras oportunidades y a otros senderos.

En este viaje me encontré con conceptos nuevos y hasta ahora desconocidos para mí. Pensar en las transformaciones que se vienen proponiendo en el campo de las ciencias sociales, las cuales nos llevan a pensar otras formas de conocer y acercarnos a la realidad, motivo mis intereses investigativos y el cambio de rumbo que decidí adoptar a lo largo del viaje. Esta transformación de enfoque en las ciencias sociales que lleva más de una década, y que agrupa distintos trabajos, se le conoce con el nombre de “Giro afectivo”. El cual da cuenta del interés y la relevancia de las emociones y el afecto que habitan la vida pública y privada de los individuos. Y a su vez, también plantea la necesidad de producir conocimiento acerca de la emocionalización de la vida. Teoría que se plantea en oposición a la racionalización desde la biomedicina y el conocimiento basado exclusivamente en la evidencia científica. Como lo mencionan Domínguez & Lara (2013) el Giro afectivo es una



característica simultánea de las modificaciones en la vida pública y de la experiencia subjetiva, desde donde se generan transformaciones en la producción de conocimiento. Dentro de las teorías que se encuentran agrupadas en el Giro afectivo se destacan: la teoría psicoanalítica, la teoría del Actor-Red (estudios sobre tecnología), los movimientos y teorías feministas, la geografía, el posestructuralismo, teorías psicosociales que se originaron en la segunda mitad del siglo XX, tales como la psicología social discursiva, los estudios culturales de las emociones, el socio construccionismo, entre otros.

De esta manera el “Giro Afectivo” se puede entender como la propuesta que busca mostrar que las emociones pueden ser estudiadas y analizadas más allá del campo de la fisiología y la biología. Estudio que se realiza implementando métodos de investigación propios en donde, además de priorizar las emociones y el afecto, se busca también tener en cuenta los discursos, las interacciones, el cuerpo, el género como factores determinantes en la construcción de conocimiento. Siguiendo a Domínguez & Lara (2013) la emoción y el afecto tienen lugar en el cuerpo, por lo cual conectan al cuerpo con el mundo, desde la perspectiva de estos autores el cuerpo deja de ser únicamente un organismo fijo, predecible, que si bien tiene un componente biológico, esta no es la única manera, ni tampoco el único camino para entenderlo y explicarlo. Sacar al cuerpo de los límites de la medicina y la biología permite a su vez entender las emociones y el afecto, así como ubicarlas como unidades de análisis que permite pensar que las experiencias subjetivas configuran tanto las sociedades como los procesos de identidad y pertenencia de los individuos.

Sin duda los cambios sugeridos por las ciencias sociales en cuanto a la forma de abordar la salud mental traen consigo nuevas conceptualizaciones y nuevas orientaciones en los procesos de intervención que rompen con la hegemonía médico-psiquiatra, invitan a la



vinculación entre diversos actores sociales y orientan la formulación de políticas públicas en el campo de la salud mental. En palabras de Bru “*permiten percibir una diversidad de perspectivas respecto de las nociones acerca del sujeto de intervención y de las prácticas que intervienen*” (2016. 38). Es así como la producción de subjetividad pasa a un primer plano y promueve transformaciones en el campo de la salud mental y en la forma como se ve a los sujetos y cómo se abordan los padecimientos emocionales. Desde esta perspectiva teórica la subjetividad no “*implica un repliegue*” (Holguín & Rueda, 2018. 40) al individualismo y no se asocia a la idea de individuo y personalidad. Las categorías sujeto y subjetividad, que de acuerdo con Stolkiner (2013), han sido importadas por las ciencias sociales y el psicoanálisis de la filosofía; las cuales se han convertido en una herramienta clave para comprender las diferentes formas de producción de sufrimiento subjetivo. Este último concepto resulta fundamental para mi investigación pues permite comprender una diversidad de problemáticas en el individuo, en este caso específico en las mujeres, permitiendo sacar la experiencia del sufrimiento emocional de una ontologización psicopatologizante (Stolkiner, 2013).

En este orden de ideas, cuando se habla de emociones, de acuerdo con Benedicto (2018) estas están influenciadas por los mandatos de género. Así se puede observar que, lo que es masculino se asocia con lo hegemónico y poderoso, en tanto que, por su parte lo que es femenino se asocia con lo invisibilizado y subordinado. De allí que tanto la definición y el abordaje de la salud mental e incluso la comprensión del padecimiento de la enfermedad en los individuos este marcado bajo una perspectiva patriarcal. Contrario a ello la mirada feminista desde la que esta investigación parte “*permite pensarnos de forma distinta, valorar lo común y reconstruirnos desde la vulnerabilidad y la interdependencia*” (Benedicto, 2018).

607). Si seguimos la vía propuesta por esta mirada feminista la salud mental sería que la ausencia de enfermedad, aunque pueda ser compatible. Se invita a pensar la enfermedad mental como una serie de estrategias tanto individuales como colectivas que permiten afrontar y procesar las experiencias de la cotidianidad encaminadas hacia el logro de un bienestar y un equilibrio en lo personal y en lo social (Benedicto, 2018. 608). Visto desde esta perspectiva el foco no recae ni en lo sanitario ni en lo patológico, si no que se busca hacer el énfasis en cómo son las relaciones de las personas consigo mismas y con los demás, y en el encuentro con un *nosotros*, que permita la participación con lo común, en el sujeto comunidad que incorpore las diferencias de etnia, clase, género e ideas, entre otros (Del Cueto, 2014). Siguiendo a Del Cueto, quien entiende la salud mental como algo que va más allá de la ausencia de enfermedad mental, se puede cuestionar la dicotomía locura/cordura, como conceptos únicos y a la vez excluyentes, lo que a su vez conduce a cuestionar los sistemas de poder que producen y reproducen este modelo.

Lo anterior permite evidenciar que ciertos comportamientos que se asocian a lo femenino se valoran de manera negativa bajo el enfoque biologicista en donde la teoría y las prácticas biomédicas definen y se apropian de las subjetividades no normativas, entre ellas la de las mujeres. De esta manera, ciertos comportamientos que pueden entenderse como femeninos son asumidos como trastornos mentales sin detenerse a interpretar la feminidad de estos. Sumado a esto, tales comportamientos que pueden ser el resultado del sufrimiento psíquico de las mujeres son estigmatizados socialmente, pero, este mismo tipo de comportamientos si se asocian a la masculinidad son interpretados fuera de un espectro psicopatológico. Por ejemplo, los comportamientos más agresivos o de escasa expresividad



emocional son asociados a lo masculino, en tanto que un comportamiento agresivo o inexpressivo es visto patológicamente en la mujer (Benedicto, 2018. 611).

Volvamos a la metáfora del viaje con este camino conceptual ganado en los anteriores párrafos. Me encuentro en el camino con los aportes que se hacen desde el feminismo permitiendo pensar y pensarnos de formas distintas, valorando al sujeto y a su subjetividad. Al seguir a Llombart, et al., (2020) me dirige hacia el conocimiento de que desde los años 60 se comenzaron a crear estudios sobre género y malestar psicológico, los cuales a partir de los ochenta se desarrollaron fuertemente dando cuenta que la categoría social “mujer” transporta violencia simbólica y material que impacta negativamente la experiencia subjetiva de las mujeres. Ya desde 1963 Betty Friedan en *La mística de la feminidad*¹ menciona que la mujer al ser determinada desde el ámbito de lo doméstico y del cuidado de la familia “cumpliendo con el estándar” de mujer y madre perfecta, el cual además se asocia a la felicidad y la realización como mujer, produce un impacto en el malestar psicológico de las mujeres. El cual no se resuelve desde el modelo psiquiátrico, ya que, requería de un proceso subjetivo de rompimiento del modelo de feminidad que proviene desde esa época. En este mismo de ideas, Llombart citando a Smith-Rosenberg expone que ese modelo de feminidad era contradictorio en el sentido que por “mujer verdadera” se entiende a aquella que es obediente, es amable, es dependiente, es emocional y la “mujer ideal” coincide con las características de fuerte, protectora y cuidadora eficiente. Tal caracterización contradictoria ha generado sufrimiento emocional en las mujeres al igual que restringe una “subjetividad agente, particular y heterogénea” (Llombart et al., 2020. 4). En este orden de ideas Phyllis Chesler (1972) ofreció

¹ Sigo aquí la referencia que hace Llombart, et al., 2020.



interesantes aportes frente a lo que él denominó “doble estándar” de la salud mental de las mujeres, teniendo en cuenta que los indicadores de una persona mentalmente sana eran compatibles con características de la masculinidad, en tanto hacen referencia a la independencia, la autonomía y la objetividad; indicadores que no coinciden con lo que puede entenderse por mujer sana mentalmente, en el sentido en que el rol de la mujer se asociaba con sumisión, sentimentalismo y dependencia. Es así como las mujeres podían ser tomadas por “locas” así aceptaran o no el rol femenino. De esta manera, en palabras de Llombart et al., (2020) entender el sufrimiento psíquico como vinculado a la desigualdad requiere del análisis de la operatividad del sistema de género y de su impacto en la producción de subjetividad.

Ahora bien, vale la pena pensar y reflexionar frente al sufrimiento psíquico que hay detrás de las etiquetas, los diagnósticos y en este caso particular de los diagnósticos psiquiátricos. La etiqueta *diagnóstico psiquiátrico* que produce en palabras de Castro (2020) “el dolor de la locura”, en cuanto arranca al sujeto de la sociedad, y que desde el pensamiento médico y la psiquiatría está asociada con lo que se denominó como la “enfermedad mental” (p. 54). La experiencia de la locura está atravesada por un sin número de manifestaciones sociales que condicionan la vida de las personas afectadas por un diagnóstico psiquiátrico, es así como las experiencias de quienes habitan estos diagnósticos como la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar, entre otros, dan cuenta del dolor y el sufrimiento que viven en la cotidianidad las personas, en este caso las mujeres. Desde este punto de vista la locura entendida como una enfermedad o patología mental se asocia con un faltante, y por ende, como una forma “desviada de percibir el mundo” (Castro, 2020. 55). Lo cual se aleja de la experiencia real de las mujeres con esta condición y así mismo del sufrimiento psíquico que



ellas padecen. Sumado a lo anterior, las intervenciones y el abordaje tecnológico, diagnóstico y terapéutico se desarrollan y diseñan de un modo independiente a las relaciones interpersonales y a la producción de subjetividad de quienes han sido llamadas “locas”. Estos principios teóricos sostienen los discursos actuales sobre la salud mental. Principios que se fundamentan en lo que se denomina medicina basada en la evidencia, cosificando así el sufrimiento psíquico de las personas portadoras de un diagnóstico psiquiátrico; lo que resulta en la individualización de los problemas sociales, además de la medicalización y psico patologización de la vida (Stolkiner, 2013).

Vivir en la locura es la vivencia de la crisis sintomática, a diferencia de vivir la locura, que no es más que la vivencia cotidiana a la luz de un diagnóstico psiquiátrico que funciona socialmente como una especie de identidad desgarradora (Castro, 2020. 59).

Este viaje me llevo a encontrarme con el estigma, el autoestigma o estigma internalizado y la discriminación en las mujeres que participaron en esta investigación. Barreras que están presentes cuando nos referimos a la salud mental y los diagnósticos psiquiátricos, pero que desconocen el sufrimiento emocional que tales barreras implican. Teniendo en cuenta a Vidal, Balaguer, Coll-Florit, Encuentra, & Roca (2020) el estigma es la consecuencia directa del imaginario social hegemónico que actúa sobre la *enfermedad mental*. El estigma responde a una característica que la mayoría de las veces trae consigo una connotación negativa. Esta característica que de acuerdo con Campo Arias & Herazo Acevedo (2013) puede ser el aspecto físico, una característica emocional o de personalidad o un rasgo étnico-racial, los cuales son considerados como amenaza o generan perturbación en el contexto social o en los modelos de valores que se aceptan como dignos de ser reproducidos o preservados al interior de una sociedad. Por otro lado, la discriminación,



siguiendo a Campo Arias & Herazo Acevedo (2013), aparece en el momento en que se instauro o institucionaliza la marginación o exclusión de quienes llevan el estigma, implicando así una negación de los derechos de las personas portadoras de este estigma. En palabras de Campo Arias & Herazo Acevedo (2013) entre las principales víctimas de estigma y discriminación *se encuentran las personas que reúnen criterios para una enfermedad mental.*

De esta manera, la vivencia del estigma se observa como una situación general en la relación con lo social, una realidad que se manifiesta de diferentes formas y en diferentes estratos. Aunque la situación de las personas atravesadas por la locura parece haber cambiado en las tres últimas décadas, es una realidad que actualmente la imagen del *loco* y *la loca* sigue siendo una dimensión en donde se cruzan aprehensión, ignorancia, miedo y desconfianza (Correa Urquiza, 2010). Sin embargo, cuando ese *otro* y *otra* se vuelve *extraño* y *extraña* debido a que no encaja en las categorías establecidas se transforma en sujeto peligroso (Correa Urquiza, 2010). Justamente esto es lo que ocurre con la *locura*. Para el mundo, el *loco* y *la loca* es un individuo de comportamientos impredecibles “corporiza lo desconocido frente a lo cual se precisan defensas, es así como de cierta manera el estigma es la defensa de los cuerdos” (Correa Urquiza, 2010.187).

Así pues, la presente tesis está compuesta por cinco capítulos en donde las lectoras y los lectores encontrarán las voces de las mujeres que participaron activamente en este proceso de investigación. Al constituir esta investigación un viaje intelectual y emocional por el que transitó en compañía de cada una de las experiencias narrativas y emociones de estas mujeres me permito titular cada uno de los capítulos de este texto siguiendo la metáfora del viaje. De esta manera, el primer capítulo se titula “¿Y para dónde vamos? Preparando maletas”. En



este sentido el primer capítulo da cuenta de la motivación, los antecedentes de la investigación, la pregunta orientadora y los objetivos tanto general como específicos. Soy consciente que algunos de los temas que abordo en este capítulo deberían haberse abordado a lo largo de la presente introducción, sin embargo, a fin de mantener la metáfora del viaje y en tanto este primer capítulo intenta evidenciar figurativamente una ruta de investigación como un viaje a planear y posteriormente preparar maletas como un alistar herramientas interpretativas me permito desarrollar la pregunta y los objetivos de investigación en este primer capítulo, a pesar de ser atípico en un texto de investigación como este. El segundo capítulo “Emprendiendo el viaje” presenta el marco teórico y las bases conceptuales que apoyaron este proceso. El tercer capítulo “Un encuentro con conocidas y extrañas” el cual incluye la metodología, la aplicación de la metodología y la descripción del proceso de conformación del grupo. El cuarto capítulo “Contemplando el amanecer” da cuenta de los hallazgos, resultados y el análisis de los resultados y, por último, el quinto capítulo “El camino no se acaba se ramifica” presenta la discusión, las conclusiones y las recomendaciones.



Capítulo 1

¿Y para dónde vamos? Preparando maletas

Cada vez que emprendemos un viaje, independientemente del destino o la compañía, nos preguntamos ¿Cómo será? ¿En qué lugares estaremos? e incluso, aún sin empezar el viaje, proyectamos expectativas y sueños sobre este. Es posible que con independencia de que se cumplan o no nuestras expectativas, no queremos que se acabe. Preparamos lo que consideramos será necesario y procuraremos que “no se nos quede nada”. La maleta, adicionalmente, también lleva sueños, expectativas, emociones y las mariposas que ya no caben en el estómago.

Estas emociones, deseos y expectativas que se tienen frente a cualquier viaje no son esquivas a la ruta que emprendí con esta investigación. Razón por la cual, en el presente capítulo, en primera medida (1.1), presento las motivaciones que me llevaron a esta investigación, teniendo en cuenta aquellas que tienen un carácter puramente personal y aquellas que emergen de la interpretación del estado social actual del fenómeno de la salud mental. Estas motivaciones se presentan a modo de respuesta a esas preguntas previas que un viajero puede hacerse sobre la aventura que se dispone a emprender. Posterior a ello (1.2), me enfrento a la pregunta cardinal de un viaje ¿Y para dónde vamos? Es posible considerar que esta pregunta orienta la dirección intelectual que sigue todas las páginas que componen



esta tesis, de allí que lo que se encuentra al interior de esta sección sean tanto el objetivo general (1.2.1), como los objetivos específicos (1.2.2), que se pretenden alcanzar a lo largo de los siguientes capítulos. Por último, *alistaremos maletas*, bajo esta imagen quiero presentar la revisión a los antecedentes teóricos que fueron necesarios para realizar el acercamiento a la vida de las mujeres que acompañaron este viaje. No obstante, como toda investigación teórica el investigador no deja de estar atravesado por múltiples corrientes de pensamiento, así pues, en este apartado presentaré esos teóricos y teóricas que me ayudaron a recorrer este camino.

1.1 Mirar el camino: sobre motivaciones personales y sociales

A nivel global la salud mental es un tema que genera preocupación e interés para diversos actores sociales: salud, educación, ambiente, hábitat, movilidad, recreación y deporte, participación y acción social, organizaciones de base comunitaria, gremios profesionales, familias, etc. En ese mismo orden de ideas, se debe tener en cuenta que las enfermedades mentales no solo prevalecen dentro de las distintas sociedades, sino que van en aumento. Esta tendencia al aumento pone en evidencia que los esfuerzos y las intervenciones por parte de los entes gubernamentales ha sido insuficiente, lo cual se expresa con mayor relevancia si miramos el impacto que las enfermedades y las afectaciones en salud mental tienen sobre la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad de los individuos en la sociedad. De acuerdo con las cifras mundiales que reporta la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su documento La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas, 2018 en materia de salud mental, cerca de 1.000 millones de personas en el mundo presentan algún trastorno mental. Destacándose la



depresión como la principal causa mundial de discapacidad contribuyendo de forma importante a la carga mundial general de morbilidad seguida de la ansiedad.

El tema de la salud mental siempre ha sido un campo de interés para mí debido, no solamente a mi experiencia laboral en instituciones de salud mental, sino que nace de mi preocupación visceral por aquellas personas que llevan en silencio un sufrimiento emocional. Sufrimiento frente al cual, no pocas veces, estas personas no reciben respuesta. E incluso en distintas ocasiones fui testigo de que aquellas personas, si se me permite adelantar un par de conceptos de la investigación que posteriormente explicaré, no se atrevían a buscar ayuda, acompañamiento o cuidado por razones de estigma y autoestigma. También mi preocupación emerge de mi experiencia en la formulación de políticas, programas o estrategias encaminadas a la promoción y cuidado de la salud mental, en las cuales he visto con cierta preocupación que las voces, las narrativas y experiencias de quienes serían los beneficiarios directos de estos programas o políticas estaba ausente. Este vacío genera una perspectiva sesgada sobre la salud mental pues omite los distintos lugares de óptica y de vivencia de la enfermedad al silenciar el origen de quien experimenta el fenómeno, por ello los encuentros polifónicos se convierten en un eje orientador de esta investigación, en donde la pluralidad de voces lleven a un recorrido por los diferentes aspectos de la experiencia humana en relación con el diagnóstico psiquiátrico y que a su vez conduzcan a un encuentro con nosotras mismas, con las otras y con la otra.

Ahora bien, esta invisibilización de la experiencia personal de la locura no solo refiere a mi propia perspectiva, sino que es posible ver que históricamente es un tema que se ha quedado rezagado, olvidado y ha sido considerado de menor valor frente a otros problemas que afectan la salud. Esta tendencia es predominante sobre todo en países de bajos ingresos



o considerados pobres, en donde la inversión en el campo de la salud y más específicamente en el campo de la salud mental es insuficiente. Lo anterior resulta más agravante si tenemos en cuenta, de acuerdo con lo que indica la OMS, que algunas de las causas de la presentación de afectaciones en la salud mental de los individuos están relacionadas estrechamente con los índices de pobreza y las condiciones de vida de las personas. Actualmente a raíz de la pandemia decretada a nivel mundial por el virus Covid -19 se han hecho más evidentes estas afectaciones y las barreras tanto estructurales, sociales y actitudinales que limitan la participación de quienes están siendo atravesados por ciertas afectaciones mentales y específicamente por aquello que se puede denominar como la “experiencia de la locura”². Lo cual ha permitido corroborar la brecha existente y la desfinanciación en materia de *atención integral e integrada*³ en salud mental.

Así pues, deconstruir el sistema de creencias culturales y sociales que conllevan al estigma y la discriminación debido a la psico patologización de las emociones y los diagnósticos psiquiátricos, si bien permiten establecer criterios y categorías que facilitan un tratamiento ya sea médico o psicológico, también ubican al sujeto en un lugar de búsqueda de la normalización que fomenta algunas veces segregación y encierro. Estas prácticas no solo implican alejar al sujeto de la sociedad, si no también promueve la anulación de las subjetividades, especialmente de las personas que habitan el sufrimiento emocional, entre otras alteraciones mentales que, sin ser agudas, se les medicaliza y aísla, en pro de la

² Este concepto es trabajado más adelante en el capítulo 2.

³ De acuerdo con la Ley 1616 del 21 de enero de 2013, por la cual se expide la Ley de salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas (p. 2).



búsqueda de ese cuerpo normativo base del capacitismo que considera principalmente valiosas determinadas capacidades las cuales se deben poseer, conservar o adquirir. Idea de capacitismo que de acuerdo con Toboso (2021) está relacionada con la clasificación médica de las personas con algún tipo de enfermedad o discapacidad como deficientes, ignorando sus experiencias de vida.

En la salud mental al no partir de una interpretación de las emociones y los sentimientos de los individuos se cae muchas veces en una medicalización, patologización y asistencialismo que acarrea un perjuicio para las personas que viven el sufrimiento emocional, puesto que se les priva de, por ejemplo, acceder a la educación, a una familia, pareja, amigos y a un entorno laboral, en donde se reconozca al sujeto en sus propias particularidades con nombre propio y no se vea simplemente a un individuo con una etiqueta impuesta por un diagnóstico psiquiátrico o una discapacidad psicosocial. Sin embargo, no pretendo sostener que se deba anular el discurso biomédico en el tratamiento de la salud mental pues este juega un papel importante, pero si considero que priorizarlo o usar este discurso como el único modo de trato con los individuos que padecen afectaciones a su salud mental resulta una perspectiva que desconoce la subjetividad.

Dirijamos ahora la mirada a la experiencia humana particular que me interesa en esta investigación: la mujer. A la luz de este camino en el que me he encontrado con varias mujeres, que le han dado un horizonte a esas preocupaciones desde las que nació esta investigación, me he dado cuenta que privilegiar las voces de quienes están atravesadas por la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico, es el primer paso necesario para sanar. Tomar en consideración esta práctica terapéutica en el campo de la salud mental, más específicamente en la psicología, permitiría construir discursos, estrategias y políticas que



enfrenten la institucionalización y el asistencialismo como única opción de tratamiento. Incluso permitiría salir de la narrativa médico-paciente del tratamiento al contribuir a la disminución del estigma, autoestigma y la discriminación.

1.2 ¿Y para dónde vamos?

La presente investigación parte de la siguiente pregunta: ¿Cuáles han sido las experiencias vividas por mujeres con un diagnóstico psiquiátrico a partir de la asignación de la etiqueta diagnóstica? Considero que esta pregunta investigativa permite visibilizar la problemática a la que se enfrentan las mujeres al ser diagnosticadas y tener que ver su propia vida desde la óptica de una etiqueta diagnóstica. Relación que genera un tipo de conflicto tanto en la identidad como en la narrativa propia, y en la perspectiva social con que los individuos que las rodean las caracterizan. Desde allí el objetivo general y los objetivos específicos que guían mi investigación son los siguientes:

1.2.1 Objetivo general

Co-construir las experiencias vividas por mujeres que han sido diagnosticadas psiquiátricamente, a la luz de sus luchas y resistencias a partir de la asignación de la etiqueta diagnóstica, visibilizando su voz en tanto mujeres creando procesos de emancipación y liberación.



1.2.2 Objetivos específicos

- Reconocer las voces de mujeres atravesadas por la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico y su relación con el sufrimiento emocional a partir de la transversalización de sus vivencias como parte de la sociedad.
- Identificar en las narrativas femeninas los patrones de estigma, autoestigma y discriminación que implican el vivir bajo la etiqueta diagnóstica.
- Propiciar procesos emancipadores y liberadores en mujeres diagnosticadas por medio del encuentro de narrativas y experiencias con otras mujeres que también han sido diagnosticadas.

1.3 Revisando el closet y empacando maleta

Preparar la maleta no es nada fácil. Es necesario revisar lo que tenemos ya a la mano y nos servirá para el viaje. Tales cosas las organizamos, discriminamos, y empacamos teniendo en mente para que nos servirán durante el viaje. Al terminar esto nos damos cuenta de que herramientas o cosas nos hacen falta, entonces nos dirigimos a una tienda y adquirimos esos elementos faltantes. Regresamos a nuestra casa y reorganizamos la maleta teniendo en cuenta estos elementos recién adquiridos. Si se organiza la maleta adecuadamente esta nos será útil y liviana, podremos llevarla durante todo el viaje y no hará peso ni estorbo.

Esta metáfora de la maleta es cardinal para esta investigación en tanto he propuesto que la veamos como un viaje, siendo así alistar maleta significa para esta tesis revisar, organizar y jerarquizar las herramientas teóricas necesarias para interpretar los sucesos a los



que nos enfrentaremos durante el camino. En esta maleta teórica pretendo organizar adecuadamente los elementos críticos que nos sean útiles y necesarios para los próximos capítulos sin generar cargas ni estorbos teóricos. Es así cómo, este apartado da cuenta de la revisión de estudios que han contribuido de manera significativa en la elaboración de este proceso de investigación, teniendo en cuenta que sus aportes han permitido comprender y reflexionar acerca del sufrimiento emocional, el papel del estigma, autoestigma y la discriminación en lo que respecta a la salud mental y la importancia de plantear en términos de género la experiencia de la locura.

Durante la revisión en bases de datos académicas y de índole investigativo específicamente desde lo cualitativo y lo crítico social encontré una gran variedad de documentos y suficiente información de tipo académico, investigativo, artículos científicos, noticias, blogs, etc. Sin embargo, teniendo en cuenta, por un lado, la delimitación del tema a investigar y, por otro lado, la interacción y encuentros que se realizaron con las mujeres participantes, he decidido tomar como base los textos que contribuyen de manera directa a las categorías que se abordaron en esta investigación. En primera instancia locura, en segunda instancia, sufrimiento emocional y, por último, entendidas como una sola categoría, estigma, autoestigma y discriminación. Cabe aclarar que estas tres categorías son interpretadas desde una perspectiva de género, razón por la cual serán usadas desde la óptica de la experiencia de las mujeres.

Para alistar esta maleta seguiré un orden, de tal manera que presentaré primero las herramientas que me ofrecen los estudios de carácter internacional sobre este tema, teniendo en cuenta que me limitaré a los estudios de España y de América Latina; y, posteriormente, revisaré las herramientas que me ofrece el armario de los estudios nacionales.



En España Jimena Cazzaniga & Anabel Suso (2015) realizaron el estudio *Salud mental, inclusión social y lucha contra el estigma. Situación actual y recomendaciones contra el estigma* enmarcado en el Plan estratégico 2012-2016 de la Confederación Española de Agrupación de familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES). En este estudio Cazzaniga & Suso detectaron que las personas afectadas por un diagnóstico psiquiátrico se ven enfrentadas no solamente a los síntomas propios de su diagnóstico sino también a los efectos del estigma social. Tal estigma estos autores proponen entenderlo como el resultado del imaginario social que existe frente a la enfermedad mental, el cual genera una barrera a las personas diagnosticadas para el acceso a servicios sociales, actividades de participación social, como, por ejemplo, la formación educativa, sentimental o familiar; e incluso, el impedimento para ejercer Derechos políticos y democráticos. Tal barrera nacida del imaginario social al ser interiorizada genera una barrera interior que Cazzaniga & Suso entienden como autoestigma. Estos dos fenómenos traen consecuencias en la calidad de vida y en los procesos de participación social de los individuos diagnosticados psiquiátricamente (Cazzaniga & Suso, 2015). Es relevante detenerse a pensar lo que estas autoras presentan frente al autoestigma, debido a que esta experiencia psicológica conlleva graves consecuencias para el individuo; ya que, al atravesar por la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico termina aceptando situaciones de discriminación e incluso de maltrato. Lo que se debe a que al interiorizarse el estigma trae como efecto la sensación de inferioridad desde la que el individuo se interpreta, lo que conlleva a un desconocimiento de sus propios derechos en distintas situaciones. El diagnóstico psiquiátrico lleva al individuo a convivir en su cotidianidad con los efectos del estigma, el autoestigma (estigma interiorizado) y la discriminación. Cazzaniga & Suso también ponen en evidencia que este estigma social es



producido en las instituciones de salud. Instituciones donde las personas con enfermedades mentales muchas veces pierden credibilidad y son infantilizadas por parte de los profesionales de la salud, los cuales, según las autoras, desconocen que son precisamente las personas afectadas por un diagnóstico psiquiátrico los que deben ser el centro de las intervenciones, actuando como protagonistas y expertos por experiencia⁴ de su padecimiento. Así mismo, las autoras refieren que quienes se han recuperado de su trastorno son un *activo*, en el sentido en que su experiencia puede acompañar a otras personas que acaban de ser diagnosticadas psiquiátricamente.

En el espacio laboral, Cazzaniga & Suso mencionan que las personas atravesadas por la experiencia de una enfermedad mental tienen menos participación en el mercado laboral, debido, en gran parte, a la discriminación que experimentan. Pues, puede darse el caso de que, al momento de presentarse a un empleo, o bien, son discriminados por su situación, o bien, si son contratados no se realiza de modo directo con el empleador en una igualdad de condiciones laborales, sino que, pueden ser o subcontratados, o empleados con condiciones diferentes y discriminatorias. Por otra parte, puede ocurrir la situación de ser contratados sin que su empleador sepa de manera explícita sobre su diagnóstico, y bajo la situación de conocerse su diagnóstico tienen dificultades para mantener el empleo. Vale la pena destacar que las autoras presentan los principales elementos encontrados en cada uno de los espacios en los que se desenvuelven las personas afectadas por una enfermedad mental, los cuales no

⁴ El concepto de “expertos por experiencia” es tomado de un análisis que realiza la organización Amaranta en una reseña del libro *Por el derecho a la locura. La reinención de la salud mental en América Latina* de Juan Carlos Cea Madrid, en la cual se presenta una interpretación a los activismos y colectivos locos. En esta reseña se expone que la experticia no se da en términos académicos o de formación, sino que responde al saber respecto a las vivencias emocionales personales, en donde la psiquiatría no es vista como la única alternativa para tratar los malestares subjetivos. Concepto que permite de acuerdo a estos colectivos su participación en diferentes espacios sociales y políticos por la defensa de los Derechos Humanos de las personas en situación de discapacidad o atravesadas por un diagnóstico psiquiátrico. Para consultar la reseña de modo íntegro se puede referir al siguiente link: <https://amarantas.org/2019/06/06/libro-por-el-derecho-a-la-locura-la-reinencion-de-la-salud-mental-en-america-latina/>



solamente afectan su calidad de vida, sino también simbolizan la aparición de actitudes discriminatorias y estigmatizantes sugiriendo acciones concretas de acuerdo a la manera como se manifiesta en cada uno de estos espacios el estigma.

Si nos enfocamos en el centro interpretativo que en esta investigación nos interesa vemos que Cazzaniga & Suso igualmente evidencian cómo la mujer, tanto en el ámbito laboral como en el ámbito de la salud son doblemente estigmatizadas. Pues, por un lado, ya que la participación de la mujer es menor en el mercado laboral en relación a los hombres, al encontrarse etiquetada con un estigma se reducen al doble sus posibilidades de participación laboral. Por otro lado, en lo que respecta a la atención sanitaria el trastorno mental, de acuerdo con las autoras, el diagnóstico psiquiátrico suele ocultar otro tipo de diagnósticos, puesto que a las mujeres le son practicados menos exámenes físicos, y a su vez, los estereotipos de género construyen discursos donde todos los padecimientos de las mujeres corresponden a aspectos psicológicos.

Finalmente, en lo que respecta al espacio familiar Cazzaniga & Suso sustentan que la responsabilidad del cuidado que se tiene sobre la mujer diagnosticada psiquiátricamente genera actitudes paternalistas, sobreprotectoras y excesivamente compasivas para con ella. Comportamientos que traen como consecuencia el impedimento de la participación de las mujeres con un diagnóstico psiquiátrico en su cotidianidad, lo que puede generar en una pérdida de autonomía. También los familiares cercanos sufren autoestigma, el cual se manifiesta en sentimientos de culpa o vergüenza por la enfermedad de su ser querido.

Por su parte en Barcelona, Llombart, M., Calatayud, M., & Amigot, P. (2020a), realizan un análisis crítico del DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, vol. V). A partir de ese análisis crítico estas autoras realizan una propuesta de



comprensión del malestar psicológico desde una perspectiva de género y psicosocial. Dentro de las conclusiones a las que ellas llegan, cabe señalar que las mujeres y los hombres experimentan malestares psicológicos diferentes. Conclusión a la que ellas llegan partiendo de un análisis de las diferencias que se establecen entre feminidad y masculinidad debido a que tales diferencias están inscritas en un sistema normativo sexo/género, el cual es entendido como un dispositivo de poder que produce desigualdades entre los géneros.

El malestar de las mujeres, según las autoras, aparece a partir de la interacción social regulada por estos dispositivos de poder que inscriben la feminidad dentro de los patrones de comportamiento del cuidado, por ende, se genera una conexión directa entre mujer y cuidado. Conexión que tiene un efecto negativo sobre las mujeres puesto que las conduce a dejar de lado o posponer las propias necesidades, práctica que lleva implícita una “violencia hacia sí [mismas]” (Llombart, M., Calatayud, M., & Amigot, P., 2020a. 12), mientras que, el malestar en los hombres implica concentrarse en las necesidades propias y desentenderse emocionalmente del resto; razón por la cual, lleva a una violencia hacia otras personas.

Por otro lado, las autoras, realizan una crítica a la noción de malestar psicológico entendida bajo el paradigma biomédico hegemónico. En este punto se somete a juicio la conceptualización del malestar desde una mirada biologicista, en el cual ellas evidencian una marcada tendencia individualista, ahistórica y descontextualizada, que es generadora de desigualdades. Perspectiva que además sufre de una absoluta falta de perspectiva de género y la omisión de las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, lo que se une a la errónea conceptualización de que sexo/género y feminidad/masculinidad constituyen un mismo concepto. En vista de lo anterior proponen reafirmar la necesidad de introducir la



concepción de la salud como un sistema dinámico biopsicosocial y de género, en que el sistema sexo/género tenga cabida en la investigación, la praxis médica y la formación.

Finalmente, en su artículo las autoras mencionan que la estrecha relación que existe entre mandatos normativos de feminidad/masculinidad y los malestares analizados evidencian que el paradigma biomédico, además de psicopatologizar la “desobediencia” a los mandatos de género, invisibiliza el malestar psicológico en relación con la feminidad y masculinidad normativas (Llombart, M., Calatayud, M., & Amigot, P. 2020a.13).

Dirijamos ahora la mirada hacia Latinoamérica empezando por Argentina, en donde nos encontramos con Juan Carlos Cea Madrid y Tatiana Castillo Parada (2021), quienes en su artículo *Enloqueciendo la academia: Estudios Locos, metodologías críticas e investigación militante en salud mental*, desarrollan un abordaje histórico y conceptual sobre los Estudios Locos, los cuales reconocen la locura como una experiencia legítima y significativa que facilita la producción de saberes críticos frente al discurso psiquiátrico. Los autores plantean que los *Estudios Locos*, son un campo de investigación estrechamente ligado al activismo y representan una apuesta filosófica y teórica que proviene de los movimientos de antipsiquiatría, y de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría. Bajo esta perspectiva se constituyen como una propuesta contrahegemónica frente al dominio de la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis en la actualidad, teniendo en cuenta que se privilegia la voz de las personas que han sido usuarias de servicios de salud mental. Igualmente señalan que en su origen los Estudios Locos se desarrollaron en concordancia con políticas y metodologías de diferentes corrientes del pensamiento contemporáneo, como los estudios críticos sobre discapacidad, los estudios feministas, los estudios *queer*, los estudios negros y poscoloniales, los cuales comprenden una tradición de militancia y teoría crítica en el ámbito académico.



Al igual que estas corrientes los Estudios Locos se caracterizan por agrupar diferentes disciplinas académicas, que van desde el arte y la literatura, hasta la antropología y la sociología, entre otras. En este orden de ideas, los Estudios Locos recogen y renuevan los planteamientos del movimiento “Orgullo Loco”, el cual da un sentido positivo a la palabra loco/loca, resignificando el término como fundamento de una identidad colectiva, Farber, 2012 citado en Cea y Castillo (2021). Teniendo en cuenta los planteamientos de este movimiento, la locura es una construcción social, no una acción natural, lo que conlleva a un distanciamiento de la enfermedad mental como categoría representativa en los procesos de investigación social. Es así, como en concordancia con este movimiento, los Estudios Locos plantean que la locura, integra una categoría histórica y una experiencia que se vincula al actuar político en tanto integra diferentes perspectivas críticas que van desde la abolición del sistema psiquiátrico hasta propuestas que promueven reformas de las disciplinas que componen este sistema. Sistema que de acuerdo con los Estudios Locos es entendido como el conjunto de discursos y prácticas que sostienen diagnósticos y tratamientos de salud mental, que se convierten en una fuente de opresión y reproducen el *cuerdismo*, el cual, siguiendo a Cea y Castillo, son una forma de opresión dirigida hacia las personas locas y se asocia con la dominación sistemática de las personas que han sido diagnosticadas psiquiátricamente o han recibido tratamientos de salud mental, a situaciones de estigma, discriminación, exclusión y otras formas de violencia. De esta manera los Estudios Locos acogen una posición complementaria entre la afirmación de la locura como una identidad política y los planteamientos de una lucha colectiva contra el *cuerdismo* y la opresión psiquiátrica.



Es importante señalar que los Estudios Locos no solo se ciñen al campo de la locura, sino que establecen un compromiso con la interseccionalidad (clase, género, etnia, etc.) y su relación con diferentes fuentes del pensamiento político radical como el feminismo, anti capacitismo, anticolonialismo, entre otras (Cea, J., & Castillo, T. 2021). Así pues, los Estudios Locos, hacen un análisis crítico de las disciplinas que hacen parte del campo de la salud mental, sus vínculos con las diferentes formas de opresión y se mantiene en su defensa de la locura frente al cuerdisimo “como expresión de una lucha social hacia un horizonte de emancipación colectiva” (p.3).

Es necesario considerar que los Estudios Locos, brindan una contribución nueva y única en lo que respecta a la construcción de conocimiento en el campo de la salud mental, una perspectiva basada en los activismos políticos de organizaciones y de movimientos sociales en primera persona. Por otro lado, los Estudios Locos plantean un cuestionamiento hacia el enfoque positivista y naturalista sobre lo metodológico y los instrumentos que son utilizados en la investigación en el campo de la salud mental, mantienen una crítica hacia la observación y medición como principales métodos de investigación, la separación entre objeto y sujeto, de esta manera los Estudios Locos proponen subvertir la relación vertical y jerárquica que ha caracterizado las investigaciones que se realizan sobre las comunidades locas y proponen acercarse a la realidad de la experiencia de habitar la locura desde la óptica de sus protagonistas.

Por su parte, Grecia Guzmán (2020) en su artículo *Fem-inismo y salud mental: discursos de politización del malestar en los inicios de la prensa feminista latinoamericana* para el archivo histórico *fem* (revista pionera en la prensa feminista latinoamericana, especialmente en México), identifica y describe discursos de politización feminista del



malestar psicológico en el marco de las movilizaciones internacionales por la liberación de las mujeres. Para realizar este análisis Guzmán realiza una selección de 26 artículos del archivo histórico de *fem*, los cuales somete a un cuidadoso análisis temático. Adicionalmente, en este mismo artículo, ella realiza una lectura teórica que tiene como base interpretativa los trabajos de Carol Hanisch (1970), cuyos trabajos se centran en el marco de la reivindicación de "lo personal es político"; Mabel Burin (1990), quien ofrece un modelo que denomina como "tensional -conflictivo", el cual usa para la comprensión del malestar de las mujeres; y, por último, Bell Hooks (1997), cuyos intereses académicos se enfocan en la crítica a la personalización de lo político en el movimiento feminista (Guzmán, G., 2020. 167). Los resultados que arroja la interpretación de Guzmán dan cuenta de las diferentes formas de nombrar la experiencia personal del malestar psicológico, al mismo tiempo que, aporta una mirada histórica sobre el potencial transformador del feminismo en términos personales y políticos. Dentro del análisis que ella realiza se resalta la definición de salud mental, enfermedad mental, locura y malestar, entendiendo que dichos términos, con frecuencia, se usan como sinónimos. Uso que genera una problemática para la determinación de los mismos, puesto que, aunque es cierto que estos conceptos tienen similitudes tratarlos como sinónimos desconoce las diferencias que estos guardan entre sí. La salud mental es definida por Guzmán bajo dos puntos de vista. El primero de ellos tiene una perspectiva sociológica, en tanto que el segundo observa desde lo psicológico. En este orden de ideas, se acude a un uso conjunto de los términos institucionales y experienciales; lo que lleva a la autora a definir la salud mental como una institución y un conjunto de normas que se asignan a cuerpos y subjetividades en función del sexo y género; y, en menor medida es definida como un estado psicológico individual. Desde esta óptica teórica de análisis, el malestar es definido como un



fenómeno experiencial asociado a condiciones sociales que se viven de manera diferente según el sexo y el género, teniendo en cuenta que dichas condiciones son opresivas con las mujeres. El malestar es visto en términos de la relación de la mujer con la construcción de la subjetividad femenina y las condiciones sociales que les son opresivas. Guzmán basa su interpretación en los sucesos y experiencias vividos por las mujeres en el marco de las movilizaciones políticas del feminismo de los 70's y su influencia en Latinoamérica, de esta manera su definición del malestar proviene del reconocimiento a las narrativas y testimonios de las mujeres que participaron de este proceso social. No obstante, su interpretación también se conecta con un análisis teórico con las condiciones y las distintas experiencias de las desigualdades de género, así como, la crítica a distintas maneras de nombrar dicha experiencia. Finalmente, bajo la idea de “*el mal-estar es político*” (Guzmán Martínez, 2020.176) se destaca como desde una narrativa feminista se ofrece un marco de referencia alternativo que permite vivir el malestar desde lo colectivo, por ende implica la problematización de este malestar en relación directa con la estructura sociopolítica para el feminismo de segunda ola.

En México, Flores, F., & Mora-Ríos, J. (2012), en su artículo *Intervención comunitaria, género y salud mental. Aportaciones desde la teoría de las representaciones sociales*, brindan un aporte significativo para mi investigación ya que resaltan uno de los más grandes aportes de los movimientos feministas: el género como categoría sociocultural. Esta categoría permite, no solo entender las formas únicas y específicas de enfermar de hombres y mujeres, sino también, propone una explicación diferente desde una perspectiva más relacional, puesto que, ponen en evidencia que aquello que le sucede a las mujeres se encuentra en relación con lo que le ocurre a los hombres, de esta manera podemos observar



que lo que ocurre a las unas o a los otros no es un producto autónomo o individual, sino que es algo que se construye en una red de relaciones.

Por su parte, la enfermedad mental se define en términos de categoría y de producto. Lo que conlleva a que se asigne desde un modelo biomédico una categoría diagnóstica a los trastornos, a las enfermedades y a las perturbaciones de la mente, y, a su vez, en términos de experiencia se habla de un producto, es decir que las enfermedades mentales son el resultado de situaciones sociales que también son diferentes para hombres y mujeres. En lo que respecta a la locura, Flores, F., & Mora-Ríos, J. (2012) la definen como una categoría diagnóstica y un fenómeno experiencial. Así, la locura es explicada en términos de experiencia subjetiva y corporal producto de diferentes condiciones sociales, que a su vez son entendidas en términos de criterio históricamente producido. Finalmente, la propuesta de las autoras se dirige a formular modelos opcionales de intervención en el campo de la salud mental que sean integrales y que tengan en cuenta e incorporen la experiencia subjetiva frente al proceso de salud y enfermedad.

En Argentina, Alicia Stolkiner (2013) realiza una reflexión sobre la relación entre el proceso de medicalización de la vida y la producción de sufrimiento psíquico. En su artículo *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*, explora las diferentes maneras en las que el dolor forma parte de la vida y los efectos que tiene remitir y a su vez reducirlo a la psicopatología. Para ella la producción de sufrimiento, dolor o malestar no se puede reducir a una objetivación nosográfica. Desde una perspectiva más amplia Stolkiner propone entender cómo el sufrimiento atraviesa el cuerpo, por lo cual no hay dolor que no lo implique; y, al mismo tiempo ubica lo social en la determinación misma de este proceso. Introducir el concepto de sufrimiento subjetivo da una mirada más amplia en lo que



respecta a la comprensión de las problemáticas mentales, descentralizándolas de la ontologización patologizante en la que los discursos y las prácticas medicalizantes han sumergido el sufrimiento. Frente a este punto Stolkiner refiere la interpretación que realiza Cecilia Ausburger, ya que esta autora entiende que, “la emergencia del sufrimiento psíquico no conduce necesariamente a la enfermedad, puede tanto precederla como ser divergente de ella” (Stolkiner, A., 2013.18). A la luz de ello la autora nos muestra como introducir la dimensión psíquica es un acto político discursivo que puede tener efectos en las prácticas en salud mental.

En Chile, Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (2015a) en su artículo *Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones*; analizaron las principales características del estigma en la enfermedad mental y las variables psicológicas y sociales con las que es asociado. Dentro de los hallazgos realizados por los autores se destaca que, quienes son afectados por un diagnóstico psiquiátrico, además de tener que lidiar con la carga que representa dicho diagnóstico, también deben lidiar en la interacción diaria con personas, instituciones, barreras y obstáculos sociales que los estigmatiza. Estigma que genera en la persona menor calidad de vida, una reducción significativa de sus redes sociales, escaso acceso a espacios laborales o educativos, entre otros. Los autores mencionan que en América Latina la investigación sobre este tipo de estigmas ha sido escasa, sin embargo, los estudios realizados en países como Brasil, Argentina, México y Chile que han sido analizados por ellos, han determinado que las personas con enfermedades mentales son vistas por los otros como individuos potencialmente peligrosos, violentos, impredecibles y con dificultades para desempeñarse en el ámbito laboral. En esta misma dirección los autores identificaron que las justificaciones más utilizadas por los individuos diagnosticados con una enfermedad

mental para no buscar ayuda o solicitar atención al sistema de salud mental son: “el miedo al diagnóstico” y “lo que otros pudieran pensar” (Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. 2015a. 53). Este tipo de justificaciones están ligadas de manera directa al estigma. Posteriormente los autores realizan una clasificación del estigma. De esta manera podemos encontrar el estigma en las personas con una enfermedad mental, el estigma de o desde la familia, el estigma institucional y el estigma público. Partiendo de esta clasificación se evidencia un tipo de manifestación agravada del estigma en quienes padecen una enfermedad mental cuando este se interioriza y se transforma en un autoestigma. Así pues, los autores aseveran que debe entenderse por autoestigma la internalización de las actitudes negativas que recibe desde su exterior quien es afectado por un diagnóstico psiquiátrico y se relaciona con creencias de desvalorización y discriminación en su contexto inmediato, bien sea familiar, social, institucional y laboral. Este autoestigma genera, no solamente agravamiento de los síntomas, sino también aislamiento, baja autoestima y disminución en la calidad de vida del individuo. En lo que respecta al estigma en la familia los autores destacan que las familias, además de vivir experiencias similares a las de la persona estigmatizada, también pueden ser una fuente de prejuicios y discriminación hacia su familiar afectado por un diagnóstico psiquiátrico. El estigma institucional se vincula, por una parte, con las políticas institucionales, tanto públicas como privadas, y, por otra parte, con los profesionales y funcionarios que laboran en estas instituciones pues, asumen actitudes paternalistas o negativas frente al pronóstico y, también, parten de la supuesta limitada posibilidad de recuperación de quienes padecen una enfermedad mental. El estigma público se observa cuando la comunidad asume comportamientos basados en prejuicios y



estereotipos hacia quienes están afectados por una enfermedad mental, lo cual genera discriminación.

Por último, los autores plantean estrategias que permitan ampliar el campo de estudio del estigma en América Latina, en donde se destacan, primero, el desarrollo de líneas de investigación para caracterizar y evaluar los diferentes tipos de estigma, considerando las características socioculturales de la comunidad, segundo, generar intervenciones socioculturalmente adaptadas a las regiones que fomenten la exigencia de derechos por parte de las personas con diagnósticos psiquiátricos y sus familias y, finalmente, el involucrar a las personas con diagnósticos psiquiátricos en la formulación e implementación de intervenciones con el fin de cumplir un papel de agentes de cambio y replicadores de un discurso diferente y crítico frente a la enfermedad mental y su recuperación.

Alejandro Castro (2019), Chile, en su tesis doctoral titulada *Las narrativas de las personas con un diagnóstico psiquiátrico: las voces de la locura*, con un corte narrativo visualiza la experiencia del sufrimiento emocional de las personas que viven la locura. Desde las voces de usuarios activos de la salud mental chilena, de diferentes edades y que han tenido hospitalizaciones psiquiátricas, concluye que el sufrimiento psíquico se vincula con las personas atravesadas por un diagnóstico psiquiátrico, y que el diagnóstico marca el inicio del sufrimiento transformando todo alrededor de la vida del *loco*. Para este autor la nominación diagnóstica desde el discurso médico y psiquiátrico contiene un ejercicio social que genera sufrimiento en el loco, una “maldición” que se instaura en los cuerpos y en las emociones de las personas que son atravesadas por la experiencia de la locura y que pone en evidencia el sufrimiento que lo diferenciará entre ser normal o anormal. Por último, se destaca que comprender la experiencia del sufrimiento no significa hacerse cargo de quien sufre, sino



descubrir el sentido de tal sufrimiento, descubrimiento en el que intervienen las consecuencias del diagnóstico psiquiátrico.

En Argentina, Renata Bega, (2020) en su artículo *La locura de las mujeres: prisión y subterfugio*, analiza la noción y la categoría de *ser loca* dentro de las sociedades occidentales actuales en las que las violencias como factor constante, más allá de sus diversas expresiones, cumplen un rol fundamental. En este artículo se destaca que cuando se habla de la experiencia de la locura de las mujeres con diferencia de la de los hombres, es necesario tener en cuenta de *quien* se habla cuando se las nombra, es decir, hay que tener en cuenta su condición como mujer. Con esta precisión interpretativa, la autora pretende poner en evidencia que tras la categoría mujer, hay un conjunto de exigencias que imponen sobre la mujer deberes que históricamente ciertos poderes hegemónicos han creado sobre quienes son considerados más débiles. El hecho de no ser hombre desdibuja la singularidad de la mujer y la sumerge en la sinrazón, la imperfección, la debilidad, lo cual la pone en una posición de subordinación hacia el poder. Por su parte, ser considerada loca trae consigo aspectos y factores que a lo largo de la historia han estado cargados de estigma y discriminación para reproducir y perpetuar discursos y prácticas hegemónicas, uno de estos, como lo menciona Bega, es la “feminización de la locura”, la cual supone atribuir características femeninas a los padecimientos mentales. Tal suposición tiene como efecto implicado que las mujeres tengan mayor probabilidad de ser consideradas locas. Paradójicamente, si las mujeres no cumplían con los deberes asignados a lo femenino eran vistas como la diferentes, las incontrolables, las *enfermas*, pero, si cumplían con sus características femeninas, seguían siendo patologizadas, pues la locura, como lo evidencia la autora, siempre ha estado asociada a las actitudes y comportamientos femeninos. En este orden de ideas, la salud mental de los



hombres y la de las mujeres no es juzgada o diagnosticada de la misma manera. Las respuestas terapéuticas serán acordes a lo dictado por un poder psiquiátrico y patriarcal que define que es lo mejor y más conveniente para cada uno.

Ya en Colombia, la Fundación Saldarriaga Concha (2018) realizó un estudio cualitativo, titulado *Estigma y discapacidad psicosocial en el marco de los resultados en salud mental del conflicto armado en Colombia. Foco particular población indígena y afrodescendiente*. Estudio de carácter explicativo e interpretativo, bajo un enfoque socio constructivista con el objetivo de describir, identificar y dar cuenta de los estigmas y autoestigmas que viven las personas con diagnósticos psiquiátricos dentro de poblaciones indígenas y afrodescendientes. La investigación de esta Fundación revela que el estigma está presente en todo lo que se relaciona con salud mental e impacta y limita la vida de las personas afectadas por un diagnóstico psiquiátrico, lo que conlleva a que adicionalmente se limite el acceso a los servicios de salud mental y, a su vez a una ayuda oportuna y de calidad. La estigmatización es considerada como una condición debilitante para las personas con enfermedad mental, pues limita sus opciones de vida, transforma las creencias sobre sí mismos y afecta el curso de la enfermedad mental de manera negativa. Esta investigación también hace énfasis en la importancia de brindar información y educación adecuada frente a los problemas de salud mental, no solo a las familias sino también a los profesionales de la salud y a la comunidad en general, lo cual contribuye a la reducción del estigma y, por supuesto, a la disminución de la discriminación hacia quienes son atravesados por la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico. Este énfasis es importante para el contexto de las instituciones de salud teniendo en cuenta que desde los servicios de salud mental también se presentan actitudes y comportamientos estigmatizantes. Por otra parte, al igual que todos los



estudios revisados mencionan el impacto negativo que tiene el autoestigma sobre quienes están diagnosticados psiquiátricamente.

Luz Alexandra Garzón en su tesis doctoral del 2019 titulada *Cuando la locura moraba en ninguna parte*, describe y explica la experiencia emocional y subjetiva en el asilo de locas de Bogotá desde las voces de sus residentes, lo que la autora denomina como “las voces de aquellas confinadas al mundo de la sinrazón” (Garzón, L., 2019. 9). Es importante resaltar como Garzón nos muestra que la locura adquiriría un carácter doméstico, puesto que las mujeres que eran ingresadas al asilo durante los años 1930-1950 tenían la connotación de improductivas, debido a que, no cumplían con las labores que la sociedad asociaba a lo femenino (ser madre, esposa, ser cuidadora). La autora explica que este carácter doméstico de la locura fue entendido durante esta época como un *daño al buen servicio*. Tal daño es asociado a los diagnósticos impuestos sobre la mujer. Esta interpretación diagnóstica hunde sus raíces en el modo en que las mujeres que eran llevadas allí padecían el trastorno. Tal visión de la enfermedad ubica a la mujer del lado de la sinrazón. Teniendo en cuenta las voces de las mujeres que habitaban en el asilo la autora pone en relieve que, además de los vínculos y afectos, estas mujeres también convivían con el sufrimiento. Las maneras de nombrarlas como enfermas, enajenadas o etiquetarlas como un trastorno mental respondía a representaciones del discurso médico y a lo patológico. Llamarlas locas o reclusas respondían a la sinrazón, a vivir fuera de la norma, lo que las condenaba a vivir en el encierro y el aislamiento. Esta tesis evidencia cómo la forma de representar a la mujer se instaura en los discursos y prácticas médicas en donde el cuerpo de la mujer es medio y fin, el primero las convierte en objeto de estudio y el segundo las convierte en objeto de ensayos de prácticas terapéuticas.



Por otro lado, Díaz, C., Niño, B., Olaya, E., Torres, V., & Márquez, L. (2021) realizaron un estudio con estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, sobre sufrimiento emocional profundo e ideación suicida, titulado *Cuerpo, emociones y sentido de vida. Investigación para la comprensión del sufrimiento emocional profundo y la ideación suicida en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia - sede Bogotá*. El objetivo de esta investigación fue comprender las implicaciones psicológicas, emocionales y de sentido vinculadas al sufrimiento emocional y psíquico de los estudiantes. De este estudio deseo resaltar para efectos de esta investigación, las reflexiones en torno al sufrimiento emocional y el privilegio que se le da a las voces y a las narrativas de quienes participan. Las autoras hacen referencia a la experiencia de *examinar* el sufrimiento, el cual exige revisar la propia historia personal en donde se involucran los recuerdos, los miedos, los fantasmas y también las vivencias de los estudiantes que padecen sufrimiento emocional profundo. Este ejercicio demanda a los investigadores recorrer las vidas de los individuos y ubicarse desde otro lugar diferente de análisis a la usual relación vertical de *saber-poder*. Por otro lado, las autoras refieren que el sufrimiento emocional genera rupturas que transforman la vida de las personas, lo detienen en su *penar* haciendo pequeño su horizonte, olvidándose de vivir y disfrutar lo que la vida trae.

Finalmente, Jenny Paola Ortega (2020), en su tesis de maestría en estudios culturales de la Universidad Nacional de Colombia, titulada *Configuraciones de las imágenes de las enfermedades mentales en la serie animada BoJack Horseman*, identifica y sugiere relaciones entre la enfermedad mental y las series animadas para adultos producidas en plataformas televisivas. Ella resalta en su investigación la introducción de la enfermedad mental en las series televisivas como una experiencia en la que se reconocen e identifican



otras personas diagnosticadas. Este reconocimiento parte de un identificar el modo en que los diferentes participantes en la creación de la serie, específicamente las mujeres, expresan por medio de las historias narradas en la serie experiencias propias con enfermedades mentales, lo que conduce a que Ortega termine involucrándose en su propio estudio al punto de reconocer en sí misma la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico. Esta investigación enmarcada en los estudios feministas permite dar otra mirada a la locura alejada de los estándares y de los discursos biomédicos. Las mujeres animadas de la serie propuesta para el estudio surgieron de las experiencias personales de las directoras, productoras, creadoras, ilustradoras ya que, ellas reorientaron y modificaron sus propios diagnósticos psiquiátricos para llevarlos a sus trabajos creativos como parte de su proceso terapéutico y público que permitió ampliar las discusiones alrededor de la enfermedad mental, no solo en la televisión sino también fuera de ella. Desde los estudios culturales la autora da cuenta de mujeres que asumieron agencia sobre sus propios diagnósticos.



Capítulo 2

Un mapa necesario para emprender el viaje

Nuestro viaje es ante todo un viaje que desea tener cierta carta de navegación, pues, aunque las experiencias y vivencias que expresamos y narramos al interior de esta ruta, pueden variar y darle un carácter fluido e incluso inesperado a la investigación, consideramos necesario al igual que todo viajero, planear una ruta e inclusive revisar los planes de ruta que otros viajeros han inscrito y han recorrido antes que yo. Por este motivo, el presente capítulo da cuenta del marco teórico, que constituye las bases de esta investigación. Invito a quien lea este documento a abordar este capítulo cual si tuviera en sus manos un mapa con el que un viajero orienta su caminar. Sin embargo, es necesario comprender que este mapa lo dibujo al tiempo que recorro el camino investigativo, por esa razón desde mi perspectiva un marco teórico en el que se expongan a diferentes académicos y académicas sin involucrar las voces y experiencias de las mujeres involucradas en mi investigación sería obrar contra el espíritu y los propósitos que han dirigido y han motivado toda esta experiencia. Así pues, en las páginas siguientes no solo me detengo a exponer un constructo teórico, sino que, pongo en relación las bases teóricas con las voces y experiencias de las mujeres que acompañaron este viaje. Por ende, algunos subtítulos van acompañados de sus frases, así como de imágenes de pinturas, dibujos, manualidades que ellas realizaron en momentos específicos de su vida y que quisieron compartir.



2.1 El paisaje de la locura

*¡Quédate con quien entienda tu locura y te
acepte tal como eres, Quédate ahí en la
clínica psiquiátrica!*

(Dicho popular)

Desde una perspectiva histórica el encierro y el aislamiento han sido entendidos como propios de la locura. Así pues, ha sido una práctica usual desconocer los deseos, los sueños, los derechos, la vida, las voces de quienes habitan la misma. Estas prácticas conducen a la patologización y medicalización de las emociones, lo cual tiene como efecto el estigma, el autoestigma y la discriminación de quienes son atravesadas por estas experiencias.

Cada etapa de la historia ha definido la locura de diferentes maneras. De acuerdo al momento histórico son las creencias o la cultura las que han determinado y caracterizado la forma como se ve y se asume la misma (Foucault, M., 1967). Razón por la cual, para llegar a comprender la noción de locura es necesario dejar de lado todas aquellas verdades concluyentes en torno a la misma, que tienen como fin la inmovilización del concepto.

Si tomamos como base el estudio genealógico que realiza Michael Foucault en su obra *La historia de la locura en la época clásica*, es posible poner de relieve el papel que el cuerpo del loco obtiene en la sociedad a lo largo de la historia. El filósofo francés nos muestra como en la antigüedad la locura era atribuida a fuerzas sobrenaturales y era producto de un castigo o una venganza, en donde el loco solo era una víctima de dichas fuerzas sobre las cuales no tenía control alguno. Posteriormente, en la edad media la locura era considerada como sinónimo de pecado o defecto y también como posesión o pacto con el diablo, frente a lo cual la práctica terapéutica era el exorcismo, con el fin de sacar dicha posesión demoníaca del cuerpo.



Por otro lado, Raúl Velasco (2013) sostiene que en la Grecia clásica que aquel que se saliera de lo cultural y políticamente establecido era considerado loco o loca. Para este pueblo la locura no dependía de aspectos físicos o religiosos sino de factores sociales. El loco era aquel que irrumpía, perturbaba y cuestionaba el orden establecido por la sociedad. Se consideraban aspectos característicos del loco el vagar por las calles cantando, riendo y hablando solo, así como, la propensión a la violencia. La presencia de estos comportamientos en un individuo reducía algunos derechos políticos dentro de la *polís*, lo que acarrea la pérdida de capacidad jurídica del ciudadano, puesto que no se podía hacer uso de los bienes, testificar ante tribunales y menos hacer contratos. Lo que era juzgado en ese momento, en palabras de Velasco, no era el hecho de estar loco sino todo aquello que se pudiera “cometer” bajo este particular estado. De la misma manera eran expulsados de las ciudades obligándolos a vagar en un “exilio permanente” (Velasco, 2013. 92).

En el renacimiento se toma la decisión de expulsar a los locos, sacándolos de sus hogares, de las ciudades y de todo contacto con la sociedad. El tratamiento que esta época decide tener para con los locos es abandonarlos fuera de la ciudad o subirlos en barcos para dejarlos a la deriva en medio del mar. Tales prácticas eran consideradas un medio eficaz para evitar que los locos deambularan por las calles, ya que la presencia de estos era mal vista por los demás habitantes de la ciudad. A este respecto, el pintor flamenco el Bosco, en su obra *La nave de los locos*, de principios del siglo XVI, describe, a través de la pintura a quienes iban en estos barcos, que no solamente eran esos locos que irrumpían el orden social en las calles, sino también, personas que habían cometido algún delito, es decir, en estas naves eran arrojados todos aquellos que estaban transgrediendo la norma y eran considerados un peligro para la sociedad. Foucault en su *Historia de la locura* se detiene a interpretar la obra pictórica



del Bosco, la cual interpreta como una representación literaria y pictórica que muestra una trágica realidad social. Foucault afirma, con una marcada tendencia literaria, en su análisis de *La nave de los locos* que con el propósito de buscar la razón que han perdido los insensatos, son embarcados en naves y obligados a descender los Ríos de Renania en dirección a Bélgica. *La nave de los locos* tiene además un sentido simbólico, pues el agua es considerada en ella como un elemento purificador, así como, la representación de la inestabilidad y la incertidumbre que vienen unidas a la ignorancia del pueblo frente a la locura. Por otro lado, estas prácticas dan cuenta del pragmatismo que reinaba en esta sociedad con respecto a la locura, y que se aplica de manera clara en el envío de los *insensatos* fuera de las ciudades, así como una estrategia más sofisticada de confinamiento en donde el afectado se convierte en pasajero eterno. Este pasajero eterno “está prisionero en medio de la más libre y abierta de las rutas: está sólidamente encadenado a la encrucijada infinita” (Foucault, M., 1967. 27)

Ya en la edad moderna empezaron a aparecer los primeros lugares en donde eran internados los *locos*. Sin embargo, no había mucho conocimiento acerca de la locura y no existían espacios exclusivos, razón por la cual eran internados con delincuentes, desertores, etc. Para Foucault surge en esta época el “arte de gobernar personas” (Foucault, M., 1967. 166) puesto que estos individuos internados o encerrados son sometidos a prácticas de poder que son accionadas al interior de instituciones. Tales prácticas van poco a poco haciéndose parte del orden social, en medio de este desarrollo estos ejercicios de poder van perfeccionándose al punto de que terminan siendo considerados un ejercicio de poder “positivo” (Foucault, M., 1967. 178) Se entiende como positivo en tanto irrumpe en actitudes, cuerpos, formas de pensar y valores de las personas consideradas locas. De esta manera, el



loco y la duda que conlleva su locura en la sociedad pasan del río, del mar o de las aguas que “purifican” a la nave-institución anclada en la periferia de las ciudades. Lo que es considerado por Velasco (2013) como un “exilio contenido tras los muros de la institución moral” (p.93).

Cabe aclarar que los primeros espacios que puedan ser considerados algo similar a un asilo para los llamados *locos*, empiezan a aparecer desde siglos atrás, sin embargo, es en el siglo XVIII en donde Philippe Pinel propone una reforma a las lógicas de estas instituciones en procura de un trato más humano. En este mismo espíritu reformador Pinel en su *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía* (1801), ofrece una explicación al origen de la locura y, a su vez, clasifica las enfermedades mentales en cuatro tipos: delirio, melancolía, mutismo y demencia. Sin embargo, y a pesar de sus esfuerzos, en las instituciones de encierro se mantenían prácticas como: la camisa de fuerza y las duchas heladas. También era usual que otros psiquiatras al ser internado el loco le aplicaran castigos físicos para que “aprendieran” a comportarse como el resto de los humanos. Todas estas diversas prácticas sobre la locura que surgen durante el siglo XVIII y principios del siglo XIX muestran que la locura comienza a tratarse como una enfermedad, lo cual tiene como consecuencia que el poder psiquiátrico adquiera un papel central dentro de la sociedad, lo que le da paso a la denominada *Institucionalización de la locura*.

A mediados del siglo XIX de acuerdo con Luz Alexandra Garzón (2019), predominaban discursos y prácticas bajo la lógica religiosa y moralizante, en los cuales se entendía el papel de la mujer desde el ideal de matrimonio y la maternidad. Desde esta perspectiva moral se exaltaba la virginidad, se entronizaba la maternidad y se condenaba el aborto. El rol tradicional que tiene la mujer dentro de la familia hace que la presencia de la



enfermedad mental en ellas se convierta en un argumento para ser recluidas y aisladas de la familia y la sociedad. La productividad femenina estaba ligada a su rol de madre, esposa y criada, roles de los cuales le era socialmente imposible escapar; de modo que, en el caso en el cual una mujer no cumpliera cabalmente con estos roles o incluso intentara escapar de ellos era considerada loca.

En el siglo XX se desarrollan dos nuevas nociones de enfermedad mental. Una noción biologicista, que explica que las enfermedades mentales son provocadas por aspectos biológicos y genéticos y, otra, noción psicologista, que la entiende como desequilibrios psicológicos en el individuo que deben ser tratados con psicoterapia, perspectiva que sin embargo no desconoce la base biológica. Desde una postura freudiana se consideraba necesario escuchar al paciente para encontrar los motivos de su síntoma. Desde comienzos de siglo se vienen adelantando avances en lo que respecta a la comprensión teórica de la noción de locura, que, sin embargo, no se ve reflejado de modo explícito en las prácticas clínicas, puesto que estas no responden al respeto por los derechos del considerado “loco”, sino que, responden, más bien, a exigencias políticas y sociales. A estas exigencias les subyace una lógica en la cual se considera que lo que no aporta a la sociedad debe ser aniquilado, rechazado, expulsado, encerrado y olvidado. Esta narrativa propia de estas exigencias a la cual responden las prácticas clínicas en las instituciones mentales permite evidenciar la continuidad del peso histórico que tiene la relación de la locura con el estigma, la discriminación, la exclusión, el rechazo y el olvido al que han sido sometidas y sometidos todos aquellos que son atravesados por la experiencia de la locura.

En los años 60, emerge un movimiento que se denominó como antipsiquiatría, cuyos principales representantes son Tomás Szasz y David Cooper. Este movimiento se opuso a



la práctica de lobotomías, electroshock o comas insulínicos, en esa misma vía también se opuso al encierro en contra de la voluntad de los individuos atravesados por la experiencia de la locura. De acuerdo con estos autores, se considera que las personas con enfermedades mentales deben ser reincorporadas a la sociedad, y solo deben permanecer en hospitales especializados aquellas personas que se encuentren atravesando una crisis o no cuenten con el apoyo por parte de miembros de su grupo familiar. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos los colectivos “locos”, aún hoy en día se sigue luchando por acabar los manicomios y la discriminación por causa de la locura.

Uno de los primeros cuestionamientos que la antipsiquiatría dirigió a la práctica clínica se centró en el manicomio como institución de salud mental y las prácticas de encierro ejercidas dentro de estos espacios. Estas críticas llegaron a influir en los procesos de transformación de la asistencia psiquiátrica (Madrid, J., & Parada, T., 2018), lo que llevo a la elaboración de políticas públicas de salud mental a nivel mundial. No obstante, como lo muestra Madrid & Parada, opuesto al modelo de la antipsiquiatría como movimiento social, la implementación de estas políticas de salud mental “permitió la restauración de una hegemonía biomédica a través de la modernización, racionalización y humanización de las condiciones de ejercicio de la psiquiatría en el marco del estado ” (2018, 560). De otro lado, la reconfiguración del modelo manicomial a partir del auge de la industria farmacéutica y del predominio del mercado, crearon una nueva hegemonía biomédica, donde el paradigma farmacológico como óptica de análisis de la enfermedad mental, desde un modelo biologicista, da paso a la medicalización de la subjetividad.

En este sentido, el pensar la locura como una enfermedad vista desde este paradigma biomédico y farmacológico permitió que socialmente se entendieran las prácticas



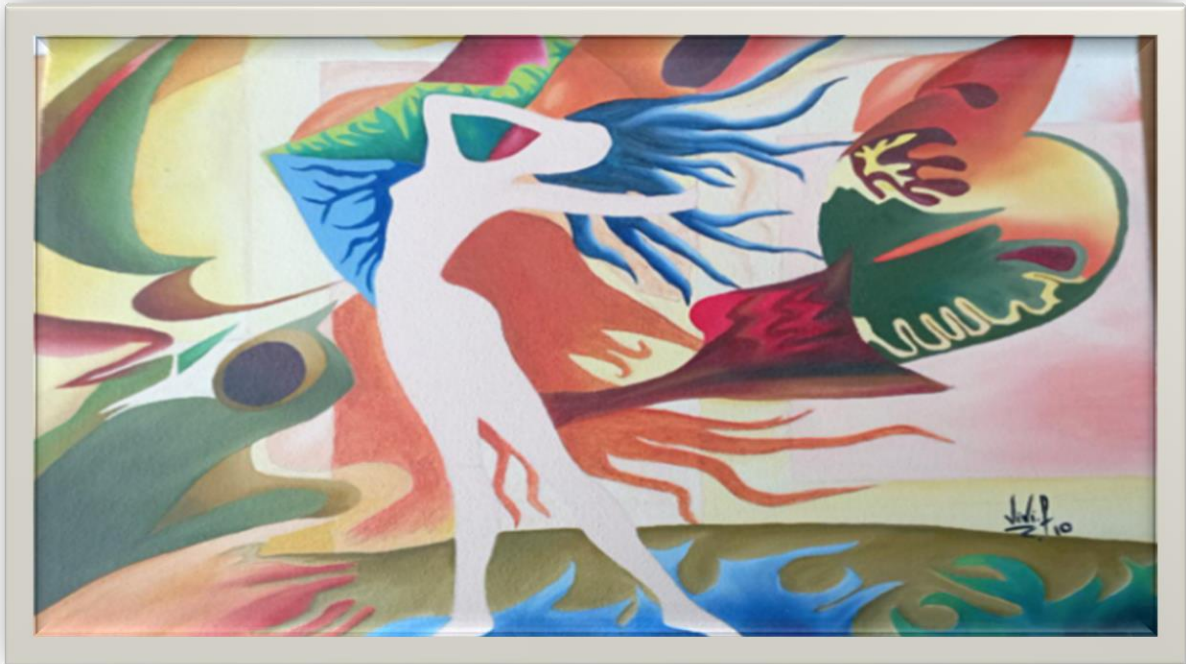
psiquiátricas como un modo de responder a la necesidad de orientar y encaminar a aquellos que irrumpen en el orden social y la razón. Lo cual justificó la institucionalización y medicalización de la locura. A partir de ese momento, la psiquiatría y la psicología se han preocupado por comprender el comportamiento humano partiendo de la creación de categorías y clasificaciones para, posteriormente, instaurar un tratamiento a las desviaciones de la norma. Si bien, esto no es una práctica solo de la psiquiatría y de la psicología, esta les otorga un carácter científico a estas denominaciones, con lo cual se instaura la relación saber-poder; que busca normalizar los cuerpos de quienes están atravesados por la experiencia de la locura (Rozas, G., 2018). Pese a los avances que históricamente se han logrado en lo que respecta a la locura y las formas de asumirla “son otros muros, otras murallas, en este caso invisibles que sitúan al loco en el lugar del discapacitado total, aquel que ni puede ni debe decidir sobre las cuestiones importantes de su vida” (Velasco, R., 2013. 94).

2.1.1 Mujer y locura

Locas de verdad por estar locas de mentiras

Natalia

Foto 1. Óleo sobre lienzo. Inspirado en “Bruja en el espejo”⁵



Fuente: Archivo personal Viviana Fuentes. 2010

La experiencia de la locura se origina en la subjetividad de quien la padece y, más aún, de quien la sufre como una experiencia dolorosa. Para Alejandro Castro (2020) aquellos que narran estas experiencias muestran el camino para pensar y reflexionar acerca de vivir con la etiqueta de un diagnóstico, del dolor, el malestar y el sufrimiento emocional. Visto desde las prácticas y los discursos, el concepto de locura ha recorrido un camino histórico

⁵ Esta foto corresponde a la pintura realizada al óleo por Viviana en el año 2010, la cual envía de manera voluntaria, una vez sugiero al grupo traer a este documento pinturas, dibujos o creaciones propias. En sus palabras es una modificación a la pintura “bruja en el espejo”, “algunos colores representan emociones y sentimientos, sentirse sin base, pisando lugares incómodos, la cola de sirena representa una cola monstruosa que no era parte de ella pero estaba ahí”, “los colores de la izquierda son confusos, la parte de arriba significa completud pero no sana y la mezcla de emociones buenas, otras no tan agradables, otras intermedias, todo esto haciendo parte del reflejo de la mujer del centro”, que era ella en ese momento.



que fue construido tomando como punto de partida las experiencias concretas de los cuerpos (Guzmán, G., & Aguirre-Calleja, A. 2018). El estudio del cuerpo fue excluido durante mucho tiempo de las ciencias sociales, debido a que este no fue considerado un fenómeno social; razón por la cual, le correspondió a la biología estudiarlo, analizarlo y, porque no, controlarlo. A partir de la segunda mitad del siglo XX esta exclusión del cuerpo en las reflexiones de los estudios sociales cambió, de tal manera que el cuerpo comienza a ser leído desde estas investigaciones como una narrativa que busca comprenderlo más allá de la biología. El cuerpo es interpretado como el lugar donde ocurre el ejercicio del poder.

Renata Bega (2020) sostiene que la locura como sufrimiento atado a la vida de las mujeres se inscribe en el cuerpo. Inscripción que se ha manifestado, en primer lugar, como una “continuidad histórica y cultural” (Bega, R., 2020. 118), por ende, es una experiencia que todas hemos atravesado, bien sea por unos momentos o a lo largo de toda la vida. De esta manera, podemos ver desde una lectura foucaultiana que la medicina, y en especial la psiquiatría y la psicología, son mecanismos de poder que suponen la unión de tres ejes: poder, verdad y subjetivación. Estos tres ejes generan sobre la locura criterios normalizadores que avalan comportamientos y discursos de la psiquiatría y la psicología, lo que a su vez provocan invisibilización, segregación y estigma. Esta narrativa de poder constituye la retórica en la que se inscribe el cuerpo y la subjetividad del loco, lo que termina por ubicarlo dentro del manicomio, entendido como un espacio de exclusión, en donde la cura está lejos de conseguirse y, además, se busca proteger y defender a una sociedad de los comportamientos considerados anormales y peligrosos. Bega pone en evidencia un paradigma de la normalidad que está construido y fortalecido desde un biopoder psiquiátrico y a la vez jurídico, en la



medida en que las respuestas de este biopoder están acompañadas de políticas estatales que la respaldan.

En este sentido, esta relación de poder jurídico y psiquiátrico es la que define, en últimas, quién está loco y quién no. La articulación del poder psiquiátrico ejerce su control mediante discursos y prácticas que condenan y determinan las conductas que son consideradas desviadas, anormales o patológicas, garantizando la reproducción de mecanismos coercitivos a lo largo de toda la institución mental. El carácter biologicista, avalado por el biopoder, que atraviesa el modelo jurídico y psiquiátrico, no solamente en lo que respecta a la locura, sino también en la relación varón-jefe, representado en la ley, y mujer-sometida, sobre la que se deposita, de forma legítima, los mandatos del patriarca, dando cuenta de la supremacía de lo masculino frente a lo femenino. Para Bega esta relación de poder del hombre sobre la mujer atraviesa todos los espacios y experiencias de lo femenino como lo son: lo familiar, lo social, lo psicológico, y el cuerpo. Relaciones que son reproducidas dentro de los espacios psiquiátricos donde se establece el modelo de la normalidad/anormalidad, lo que lleva a que las mujeres sean puestas del lado de lo patológico.

Dalia Souza (2021) nos muestra que la cultura occidental todo lo fragmenta, atribuyéndole a las mujeres la característica de la emocionalidad y a los hombres la de la racionalidad. Bajo esta dicotomía las expresiones que se relacionan con las emociones tales como; amor, tristeza y dolor son asociadas a la locura y, a su vez, son comprendidas como expresiones irracionales; lo que muestra de manera directa que las características con que fueron entendidas las mujeres son a su vez las características con que se determina la locura. Por tanto, se establece una sinonimia entre mujer y locura. Muestra de ello es la comprensión



de la *histeria*, noción que proviene del griego *Hysteron*, que significa útero, y que durante siglos ha sido considerada como enfermedad exclusiva de la mujer. La cual, de acuerdo con explicaciones hegemónicas de la época, causaba trastornos del comportamiento. Si bien, este concepto desapareció como diagnóstico en el siglo XX es una noción que aún permanece en el imaginario colectivo asociando mujer y locura de un modo directo.

Como lo menciona Clara Benedicto (2018) la salud mental de las mujeres es tanto diferente como desigual a la de los hombres, lo que se debe a que *ser mujer* es una condición social adversa, que, además, cruzada con otras pueden ser generadoras de sufrimiento psíquico que no indican, ni una patología, ni tampoco la necesidad de un psicofármaco para resolverse.

Históricamente la construcción patriarcal de la narrativa de la locura ha sido una herramienta de subordinación usada sobre las mujeres. Vemos como, por ejemplo, la brujería funcionó como un discurso que buscaba ajustar a las mujeres a los roles establecidos por la sociedad. Posteriormente, la enfermedad mental empieza a sustituir la noción de pecado, así como la de castigo o las decisiones de fuerzas sobrenaturales que recaen sobre la loca, convirtiéndose en una herramienta para controlar al “sexo débil”. De acuerdo con Dau García & Grecia Guzmán (2019), se puede establecer un paralelo entre el control social de las mujeres al considerarlas brujas y el tratamiento psiquiátrico moderno para acabar con la epidemia de la histeria.

Como lo hemos visto hasta este punto, históricamente se ha establecido una asociación entre la noción de mujer con lo irracional, lo primitivo, la fragilidad, la naturaleza, el sexo y el cuerpo, en tanto que la noción de hombre se asocia con la razón, la cultura y la mente. Este tipo de asociaciones han contribuido a fortalecer el imaginario que conecta



íntimamente la locura con la naturaleza femenina. A esto se suma la contribución del pensamiento científico moderno, cuyas prácticas y discursos situaban al hombre como único sujeto de conocimiento sobre el cuerpo y la salud; de tal manera que la mujer era excluida de las prácticas y saberes médicos, lo que condujo a la persecución de sanadoras y comadronas que fueron consideradas brujas. Acciones que tuvieron como consecuencia la eliminación de los saberes y las prácticas de las mujeres, así como su aporte a la medicina moderna. Dau García & Grecia Guzmán, citando a Rossier, ponen en evidencia cómo los discursos médicos modernos instauraron la idea de que las mujeres estaban enfermas, y que esta enfermedad tenía que ver con la posesión de útero y ovarios. Estos discursos que asociaban a la mujer con la locura debido a la relación útero-cerebro, afirmaban la incapacidad de la mujer para desarrollar actividades de orden intelectual o prácticas profesionales, lo cual era aún más enfático y restrictivo si estas prácticas estaban relacionadas con la medicina. De esta manera se convirtió a la mujer científica en una contradicción, que incluso estaría en mayor riesgo de enloquecer.

Los estudios feministas han tomado una posición analítica frente a esta relación entre lo femenino y la locura, así como la regulación de las dos. Por consiguiente, se debe tener en cuenta el contexto histórico y cultural de las definiciones de género que han influenciado en la explicación y tratamiento de la locura. Puesto que, este tipo de narrativas muchas veces sesgadas han permitido regular a través de la patologización, el encierro y el estigma los comportamientos de género, en especial los comportamientos de la mujer.

El análisis realizado por Bega (2020) permite ver con claridad el lugar de alteridad y la invisibilización a la que ha sido sometida la mujer, así como, la visión androcéntrica que domina su autopercepción. Es en esta medida que los paradigmas hegemónicos han impuesto



discursos que generan en la mujer preceptos sociales que difícilmente pueden evadir. Lo cual permite aseverar “¿qué mujer no se volvería loca en una estructura heteropatriarcal tan totalitarista y agobiante?” (Bega, R., 2020. 120). El hecho de ser considerada loca trae consigo aspectos y factores que a lo largo de la historia han estado cargados de estigma y discriminación para reproducir y perpetuar discursos y prácticas hegemónicas. Uno de estos, como lo menciona Bega, es la “feminización de la locura”, la cual supone atribuir características femeninas a los padecimientos mentales.

El sistema de dominación y poder masculino es uno de los principales actores para reproducir la feminización de la locura, debido a que es al interior de este sistema donde se labran los estigmas que circundan a las mujeres, ya que son ellas las depositarias, casi de manera automática, de todo lo que es considerado negativo en el hombre. Tal dominación ubica a la mujer del lado de la desigualdad, la discriminación, la exclusión, así como de peligrosidad y el mal de la sociedad (Bega, R., 2020). Tales prácticas de discriminación también son producto, como se indicó anteriormente, de la idea de que el útero está conectado con la psiquis, y que son los cambios hormonales y la función reproductora femenina aquello que genera inestabilidad periódica y constante en la psicología de la mujer.

Siguiendo a Ussher (1991), la locura no puede ser reducida a un número de síntomas o categorías diagnósticas, ya que, estas prácticas y discursos sólo regulan a las mujeres dentro de la sociedad y las ubican como otro, “sí feminidad y locura estaban entrelazadas, tanto la adhesión rígida a los roles de género como su rechazo corrían el riesgo de un diagnóstico” (García, D., & Guzmán, G., 2019. 60). La ceguera androcéntrica que por siglos ha permeado los discursos y las prácticas entorno a la locura ha producido, no solamente la asociación de lo femenino a la locura, sino también “la no atención a sus manifestaciones particulares en



las mujeres” (García, D., & Guzmán, G., 2019. 61). En vista de lo anterior, es claro que la locura no se entiende de la misma manera en los hombres como en las mujeres, las conductas indeseables o desviadas en los hombres son vistas desde una óptica legal, por ende, son tratados como criminales; mientras que, el mismo tipo de conductas en las mujeres son, con frecuencia, analizadas desde una óptica médica, lo que lleva a que sean entendidas como síntomas de una enfermedad mental. como lo menciona Ussher, las mujeres están locas y los hombres solo son malos. (1991).

Estas prácticas y discursos derivados de un modelo hegemónico han impuesto a las mujeres formas de ser, de pensar, de sentir, que no solamente restringen las opciones de ayuda en lo que respecta a su salud mental, sino también las ubica del lado de la opresión.

2.2 El camino de la reivindicación

Recorremos un camino. Cada camino nos muestra cosas diferentes, algunas son nuevas y otras ya conocidas, sin embargo, todos los caminos nos llevan a desaprender, a reflexionar y a desear seguir explorando. Es tan importante el camino como la forma como lo transitamos, sobre todo porque esto definirá nuestro lugar de arribo. Estar dispuestas a sorprendernos seguramente hará del viaje algo inolvidable. Todo lo anterior lo he experimentado en esta investigación, de tal modo que este camino que he recorrido ha generado sorpresa y al mismo tiempo un deseo intenso de continuar. Estas emociones que han generado el caminar las vi expresadas en las palabras de Natalia (una de las mujeres que acompañaron este viaje), cuando ella afirmó que “La sanidad es un camino, no un destino”. Palabras en las que me vi representada.



El término locura, siguiendo a los colectivos y activismos locos, no debería usarse en el sentido que le han otorgado la práctica y los discursos biomédicos hegemónicos, sino que debería ser entendido como un concepto dotado de voces, historias, memorias y posibilidades de resignificación, que lo alejen de las connotaciones de la sin razón, la patología o la insensatez. Discurso que ha sido usada para regular y encerrar a los individuos atravesados por la experiencia de la locura, respondiendo a estrategias de opresión bajo modelos capitalistas, coloniales y de poder, así como, la obligatoriedad de la heteronorma como régimen político que crea una visión patologizante de los individuos (Souza, D., 2021). En este orden de ideas, se busca que el término locura invite a ubicar a las personas atravesadas por la etiqueta diagnóstica en lugares de agencia de sus propios procesos, como únicos dueños de su cuerpo, de su vida, de su psiquis (Cea, J., 2018).

A partir de la década de los 60' y 70' con el nacimiento de organizaciones de expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría, la locura empieza a disputar espacios de reconocimiento en el ámbito público. Históricamente el ámbito de la locura y el sufrimiento emocional ha sido un terreno de análisis e intervención desde los saberes expertos, que operan sobre la experiencia de aflicción y la locura convirtiéndola en una problemática objetivada dependiente de la investigación y actuación de las prácticas y discursos; que se encuentran soportados por las lógicas hegemónicas del paradigma biomédico (Vidal, M., Balaguer, A., Coll-Florit, M., Hernández, E., & Roca, S., 2020). Esta situación ha generado resistencias, disidencias y movimientos contrahegemónicos de diferente naturaleza, uno de ellos es el *Movimiento en primera persona*, cuyos principios se fundamentan en la reivindicación de la locura, en la construcción de discursos y prácticas que influyeran tanto los sentidos sociales y clínicos atribuidos al sufrimiento emocional como la terapéutica y los procesos de



recuperación. El estar unidos en la reivindicación de los derechos de las personas atravesadas por la experiencia de la locura es una tarea que interpela las lógicas manicomiales persistentes en ciertos territorios.

Por otro lado, vale la pena resaltar el papel de los movimientos feministas en la revolución del campo de estudio de la subjetividad de las mujeres desde una perspectiva crítica (Parada, T., 2019). Perspectiva que ha sido heredera del feminismo de segunda ola, el cual tuvo lugar en la década de los 60' y 70', y surge a partir de las luchas de liberación de las mujeres, así como de los movimientos de expacientes y sobrevivientes de la psiquiatría, teniendo como máxima representante a Kate Millett, quien realiza una crítica a la sociedad occidental frente a los discursos masculinos que ubican a las mujeres en el lugar de la subordinación. En esta misma línea Millet denuncia las condiciones bajo las cuales el modelo de dominación patriarcal se inmiscuye en el ámbito privado de las mujeres y regula sus prácticas sexuales. Los planteamientos de Millett y su vínculo con la psiquiatría, surgen a partir de ser diagnosticada con maniaco-depresión y medicada contra su voluntad. Luego de dejar la medicación escribe el libro *Viaje al manicomio*, obra en la cual, basada en su propia experiencia denuncia de modo directo el poder psiquiátrico, ya que para ella estas instituciones buscan apoderarse de la locura y ejercer un control sobre las mujeres diagnosticadas (Parada, T., 2019. 401). Pese a que el feminismo de segunda ola no priorizo en su agenda política los derechos de las mujeres locas, si originó herramientas teóricas y metodológicas para politizar el malestar de las mujeres.

Una de las banderas más importantes del feminismo de segunda ola es *Lo personal es político*. Frase que sirvió como eje y motor de múltiples discusiones relacionadas con el espacio doméstico, el ámbito sexual y las repercusiones de la dominación masculina en la



construcción de la subjetividad femenina. Con esta bandera *Lo personal es político*, se denuncia que los malestares que experimentan las mujeres se vivían como temas personales, y además en privado, sin realmente serlo. Teniendo en cuenta que estos malestares eran comunes a muchas mujeres y se dan como respuesta a una estructura política de subordinación, la cual se encuentra cimentada en los criterios de la clásica división entre lo privado-femenino, que es entendido como inferior, y lo público-masculino, visto como superior (García, D., & Guzmán, G., 2019). A esto se suma, la interpretación y el tratamiento de los malestares de las mujeres desde un modelo androcéntrico. A este respecto, Millet plantea la urgencia de un análisis de las consecuencias psicológicas que produce el patriarcado en las mujeres, basado en la aceptación de la dominación masculina y la opresión internalizada. De esta manera, el feminismo empieza a incluir la crítica hacia la violencia psiquiátrica dentro de sus reflexiones proponiendo una comprensión de la locura como expresión de la transgresión y rebeldía frente a los mandatos de género, señalando el inconformismo de las mujeres frente a la opresión patriarcal.

Ahora bien, en cuanto a la terapia psicológica bajo la bandera de *Lo personal es político* los estudios feministas afirman que la terapia es una opción individual. Mientras que el feminismo busca soluciones colectivas a través de las cuales se puede dar la transformación de estructuras sociales de opresión en vez de proponer cambios individuales. Además, la terapia supone que alguien está enfermo, y que someterse a terapia es necesario puesto que en ella reside la cura de su enfermedad. Claramente las mujeres no estamos naturalmente enfermas como lo han intentado mostrar los discursos dominantes de la enfermedad mental, sino que tenemos problemas, lo que supone que lo que se necesita es un cambio en las



condiciones con las que se interpreta la enfermedad, y no un simple acomodarse a ellas que convierte a la terapia en la alternativa al malestar personal (García, D., & Guzmán R., 2019)

Una de las metodologías que se deriva de *Lo personal es político* fue la conformación de grupos de toma de consciencia. Los cuales sirvieron como un ejercicio de reflexión en grupo bajo un modelo horizontal, en donde el intercambio de experiencias dejaba claro cómo los malestares dan cuenta de la subordinación social de las mujeres en términos estructurales (García, D., & Guzmán R., 2019). Es así como esta reivindicación implica traer lo político al plano de las experiencias personales, explicar los malestares a través de un contexto que había sido opresor para las mujeres. Estos espacios como resistencia al androcentrismo de las ciencias de la salud permitieron además la emancipación mutua a partir del intercambio de saberes y experiencias con otras mujeres.

Por otro lado, las resistencias y luchas colectivas cuestionan las raíces estructurales que afectan el bienestar emocional de las mujeres, lo que se hace como una forma de reivindicación de las experiencias vitales y el reconocimiento de que el proceso de sanación no es únicamente individual, sino social y colectivo. Así mismo, como una forma de visibilizar lo que, desde sus voces, viven las mujeres locas. Cuyas experiencias dan cuenta de violencias machistas y misóginas a las que se suman el sufrimiento de vivir con una etiqueta diagnóstica (Souza, D., 2021).

También es importante resaltar el papel que han desempeñado los activismos en primera persona que buscan reivindicar el derecho a decidir sobre sus vidas y sobre su propio cuerpo. Así como también buscan el reconocimiento de las biografías y experiencias como saberes expertos, tal es el caso, por ejemplo, del movimiento *Vida independiente* liderado por personas con diversidad funcional y su conocido lema "*Nada sobre nosotros sin nosotros*".



Finalmente, la importancia y novedad de estos aportes radica en la apropiación de la interdependencia, conectando las transformaciones a nivel global con las transformaciones internas de la propia subjetividad, construyendo con ello un amor propio que tiene sus cimientos en las condiciones de vida objetivas y subjetivas, un autoestima de género la cual tiene como objetivo:

El empoderamiento personal y colectivo a través de la sororidad, que es el encuentro de la conciencia de género con la experiencia política. La construcción de un nosotras donde existe diversidad en el concepto mujer, pero también una relación entre cada mujer y las mujeres porque la mejoría de las condiciones de vida solo puede lograrse en común (Benedicto, C.,2018. 614).

Siguiendo a García, D., & Guzmán R., se trata de activismo loco, activismo que sana, sanar en común, lo cual implica que las sociedades escuchen las voces con la historia que tienen que contar aquellos que enloquecen.

2.3 Día de tormenta

Una nube negra que entra en tu cuerpo y en tu mente y se apodera de todo

Viviana

Un día de tormenta nos detiene, nos frena, genera miedo y desconfianza. Cuando hay tormenta el camino se borra, se oculta tras el barro. Sin embargo, a la luz de los rayos de la tormenta, aunque paralizantes, también permiten ver el paisaje. Paisaje que, no obstante, se nos presenta turbio y melancólico, nos recuerda el sufrimiento. Pese a ello, que el camino este oculto no significa que no esté ahí.



La experiencia de la locura está atravesada por una serie de manifestaciones sociales que condicionan la vida de las personas afectadas por un diagnóstico psiquiátrico. De esta manera, como lo menciona Alejandro Castro (2020), las experiencias de quienes habitan un diagnóstico como el trastorno bipolar afectivo, la esquizofrenia y la depresión, entre otros, manifiestan el sufrimiento en el cual cotidianamente se vive.

La locura ha estado en la historia de la humanidad desde siempre, siendo una problemática que permea todas las clases sociales, sin diferenciación de raza, edad, género etc., razón por la cual, la salud mental es un tema ineludible que sigue presente en la sociedad y que se ha ido convirtiendo en un tema de interés global. Es así como, de acuerdo con Castro, la locura, desde el enfoque de la salud y de la medicina, es entendida como una problemática de salud pública, teniendo en cuenta que esa asociación que se hace con la enfermedad mental, también es asociada con problemas sociales, como la marginación, el empobrecimiento, la violencia, el maltrato al interior de la familia, el estrés y el exceso de trabajo (OMS, 2013). En este orden de ideas, la salud mental de los individuos cobra vital importancia en tiempos en donde la desigualdad social está a la orden del día. Las reiteradas crisis financieras a nivel global han traído como consecuencia directa, no solamente afectaciones sobre los cuerpos sino también graves afectaciones sobre las emociones de las personas. En este sentido, las definiciones acerca de la locura se han vuelto una discusión social y científicamente interminable (Castro, A., 2020).

Hoy en día la experiencia de la locura, esa que desarraiga al sujeto de la sociedad, se asocia con lo que el pensamiento médico hegemónico y la psiquiatría denominaron enfermedad mental. De allí que, la locura es habilitada y habitada social y médicamente por la enfermedad mental, específicamente por el diagnóstico psiquiátrico, “se abre sobre un



universo moral en que la enfermedad es una falta y como tal una forma desviada de percibir el mundo” (Castro, A., 2020. 55). Lo que por supuesto, exilia la experiencia de quienes son atravesados por esta condición fuera de los espacios sociales de los que son etiquetados como “normales”, en ese sentido se silencia la voz de estos individuos.

En este escenario el discurso psiquiátrico desarrollado de manera hegemónica ha reducido el complejo mundo del sufrimiento humano a un modelo simplista de *síntomas-diagnóstico-tratamiento*, que ha permeado y contaminado el campo de lo psicosocial (Huertas, R., & Ortiz, A., 2018). Siguiendo este modelo simplista las organizaciones asistenciales se han estructurado, y en consecuencia han considerado y tratado el sufrimiento psíquico como una “enfermedad”. Así las enfermedades que son vinculadas al campo de lo mental son explicadas desde una relación causal en el cerebro, independientemente del contexto vivencial de quienes están atravesados por la experiencia de la locura. “Objetivar la realidad psíquica comporta irremediamente una cosificación de la humanidad y, en el caso de las personas afectadas por la locura, un reduccionismo de su sufrimiento” (Castro, A., 2020. 56).

En paralelo, bajo una óptica foucaultiana la medicalización de la locura tiene una repercusión directa en el sufrimiento del “loco”, ya que al definirla desde el campo de la psiquiatría estamos frente a enfermedades y no a experiencias de la locura. De esta manera y siguiendo a Huertas & Ortiz Lobo (2018), este atributo de “ser a la enfermedad como ajena a la enferma se ha facilitado por una taxonomía clínica que ha cosificado los síntomas mediante su descontextualización” (p.119).

En lo que respecta a los tratamientos psiquiátricos, los cuales tienen el objetivo, desde el discurso médico hegemónico, de facilitar la protección de las personas que padecen una



enfermedad mental como método de intervención, pretenden asociar el sufrimiento psíquico a una enfermedad que afecta el cerebro, que desconoce por completo la experiencia “perturbadora” ligada de manera estrecha al contexto vital del individuo.

Para Bataille (2016)⁶ la experiencia de ser etiquetado es “un no saber inefable y que en muchas ocasiones no se puede decir, y, aunque se hable de ella ante las preguntas que hace el saber experto y no experto no revela más que el sufrimiento” (Castro, A., 2020. 25). En esa misma línea para Levinas tal experiencia de ser etiquetado es entendida como

el sufrimiento se constituye como una denegación y un rechazo de una cualidad sensible que opera en como experimenta el sujeto la sensación, en otras palabras, en la forma en la que, en la conciencia, lo insostenible no pueda soportarse (2020.62).

En este, el sufrimiento se entiende como el padecer que se interpreta a través de un mal al que la persona se ve enfrentada y que, además, puede estar asociado a una cárcel, a un encierro, a una coerción y a una no libertad (Castro, A., 2020). El diagnóstico se convierte en un “mal” que acarrea a la esclavitud frente a un hecho que tendrá a las personas afectadas atadas de por vida a tecnologías como la clasificación diagnóstica, la medicina y las instituciones clínicas. Si se habla en clave de imaginarios sociales, la asociación a la esclavitud no podría ser más que la representación cultural del sufrimiento.

El sufrimiento psíquico se asocia con las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico y está amarrado a una forma de vivir, en palabras de Castro a “un vivir así” (2020. 63) en donde la marca del diagnóstico es la respuesta de una forma de ser y de vivir

⁶ Sigo aquí la citación que realiza Alejandro Castro (2020).

etiquetado por códigos que explican la anormalidad y normalidad de las emociones y de los pensamientos.

2.3.1 Mujer y sufrimiento psíquico

Foto 2. "Representación de los hijos"⁷



Fuente: Realizado por Inés Saavedra, 1986.

En un contexto patriarcal y neoliberal, el género, como lo menciona Benedicto (2018), y otros ejes de poder influyen en quienes somos, cómo nos relacionamos y cómo construimos lo colectivo. Desde los estudios feministas se evidencia la necesidad de explicar la diferencia entre el concepto de sufrimiento y el de enfermedad, en donde el sufrimiento es entendido como el malestar de las mujeres sujeto a situaciones específicas de opresión y, por

⁷ Foto enviada por Inés, creación realizada en el año 1986, durante una hospitalización y representa el "sufrimiento por estar separada" de sus hijos, los corazones representan el amor que les tiene, los patos representan a sus hijos y muestra, como ella lo menciona, el hermano mayor como cuidador y protector de su hermana menor.



su parte, la enfermedad es entendida como el malestar en donde la identificación de sus orígenes ha sido delegada al campo de las ciencias de la salud bajo el paradigma biomédico, el cual ha sido legitimado históricamente desde un conocimiento androcéntrico y científicista, que deja de lado la influencia que han tenido las desigualdades sociales, las estructuras de poder y la cultura en la salud, específicamente en la salud de las mujeres.

Desde los años 60 se viene desarrollando conocimiento sobre género y malestar psicológico, los cuales toman fuerza a partir de los años 80. Época en la cual los estudios feministas han afirmado que la categoría social *mujer* lleva consigo violencia simbólica y material que tiene un efecto negativo en la experiencia subjetiva de las mujeres. Lo que se origina en el hecho de que la mujer fue relegada al campo de lo doméstico y del cuidado, respondiendo a los estándares establecidos de mujer y madre perfecta como sinónimo de felicidad y de realización personal. Todo ello tuvo un gran impacto en el malestar psicológico de las mujeres, quienes a menudo sufrían una tristeza que no se solucionaba solamente en la consulta de psiquiatría, sino que requerían de un proceso subjetivo de ruptura con el modelo de feminidad establecido para la época (Llombart, P., 2020).

Este modelo de feminidad, como lo plantea Rosenberg (1972), presenta múltiples contradicciones en el esfuerzo por ajustar el rol de “mujer verdadera” que se entiende como sinónimo de emocional, dependiente, amable, con el de “madre ideal” el cual se entiende como fuerte, protectora y cuidadora eficiente. La tensión que se puede establecer entre estos conceptos e imaginarios sociales llevaban al sufrimiento emocional de las mujeres. Sumado a esto, se pone en evidencia que esta caracterización acarrea el impedimento de desarrollar una subjetividad agente, particular y heterogénea.



De esta manera, comprender el sufrimiento emocional como un síntoma directamente relacionado con la desigualdad demanda un análisis de la operatividad del sistema de género y su impacto en la subjetividad. En este sentido, las prácticas y los discursos ejercen influencia sobre los procesos subjetivos de las mujeres, los cuales están atravesados por relaciones de poder.

El sufrimiento psíquico de las mujeres, caracterizado por la pasividad, la subordinación, la internalización del malestar (Llombart, P., et al. 2020) emerge de la interacción social regulada que obliga a la mujer a aplazar sus propias necesidades y concentrarse en las de otros y otras. Conducta que lleva a la “violencia hacia sí”, a diferencia del sufrimiento en los varones que se caracteriza por la actividad, el poder, la externalización del sufrimiento, la problematización de la emoción y el sujeto que desea, poniendo en evidencia la “violencia hacia otra persona”; pues el hombre se concentra en sus propias necesidades y se desconecta emocionalmente del resto, produciendo dificultades en la otra persona (ira, impulsividad, hostilidad, violencia etc.). Vemos entonces como la masculinidad normativa pone en evidencia, no la vulnerabilidad, sino el privilegio de género que debilita a otra persona. Se entiende, de esta manera, que las características de género conforman espacios de vulnerabilidad y riesgo para el sufrimiento psíquico.

En esta línea, hombres y mujeres construyen una identidad socialmente determinada y una forma de interacción que se relaciona con las categorías de diagnóstico psiquiátrico (Benedicto, C., 2018). Tal relación entre la identidad y el diagnóstico psiquiátrico se observa a partir de la patologización de reacciones vitales adaptativas y de crisis en las mujeres, como maternidad y no maternidad, menopausia, frustración e infidelidad entre otras. Las mujeres son más vulnerables a la medicalización de sus emociones y, a su vez, están más atravesadas



por situaciones socioeconómicas como la pobreza, la precariedad, la violencia física, sexual y mayores niveles de estrés y, como ya se ha mencionado, la evidente mezcla entre obediencia a mandatos de género y las experiencias de sufrimiento emocional etiquetado (Llombart, P., et al., 2020).

2.4 La talanquera

Una talanquera en el camino detiene, impide el paso, la cuestión es saber cómo y en qué momento esta se levanta, porque de lo contrario seguirá ahí impidiendo nuestro paso y disminuyendo toda posibilidad de avanzar. Por esta razón estamos obligados a levantarla o hacer que se levante. El estigma es una barrera para las personas que están atravesando la experiencia de la locura.

De acuerdo con Goffman (2003) el concepto de estigma tiene variadas significaciones y depende en gran medida del contexto histórico al cual hace referencia. Por ejemplo, para Goffman, los griegos crearon el término para referirse a marcas corporales con la intención de poner en evidencia algo *malo* y poco usual en el estatus moral de quien los presentaba. La mayoría de las marcas eran quemaduras o cortes en el cuerpo, que evidenciaban que el portador era esclavo, criminal o traidor. Normalmente estas marcas se imponían sobre personas consideradas deshonrosas, las cuales debían evitarse, especialmente en lugares públicos. Actualmente, Goffman nos muestra que, el estigma hace referencia *al mal en sí mismo* y no a las manifestaciones corporales. Males que a lo largo de la historia se han ido modificando. En el cristianismo, el término tomó dos significados metafóricos, uno hacía alusión a las marcas corporales de la gracia divina (erupciones en la piel) y el otro hacía



referencia médica indirecta, de la alusión religiosa, a los signos corporales de perturbación física.

Por otra parte, la locura es ese lugar en donde es situado el loco en tanto “otro”, como anormal, extraño, diferente, e incluso monstruo. El loco es aquel de quien hay que protegerse con el fin de mantener el equilibrio de la comunidad, así como su estructura, ya que las costumbres del loco tienden a salirse de los discursos sobre normalidad que dicta la sociedad, lo convierte en peligroso al igual que impredecible situándolo en el objetivo de los mecanismos de control social por los delitos que podría potencialmente cometer (Velasco, R., 2013).

El estigma se refiere entonces a un atributo que desacredita al sujeto y cuyo énfasis está puesto en el lenguaje de relaciones y no de atributos. La sociedad establece categorías a las personas las cuales son, a veces, a partir de primeras impresiones que nos permiten determinar que atributos debe tener una “identidad social” (Goffman, E., 2003. 11). Estas anticipaciones son transformadas en expectativas normativas, en demandas estrictamente presentadas. Sin embargo, la identidad social solo podría definirse o atribuirse siempre y cuando se pueda demostrar que le pertenecen al sujeto categorizado lo que Goffman denomina su identidad social real. Cuando estos atributos generan rechazo, menosprecio o indignación en otros, estamos ante un estigma, por consiguiente, el término estigma hace referencia a un atributo desacreditador, lo cual requiere de un lenguaje de relaciones y no de atributos.

El estigma y sus sinónimos ocultan una doble perspectiva para quien es estigmatizado, si su diferencia es o no identificada por la sociedad. La primera corresponde a un sujeto desacreditado y la segunda a un sujeto desacreditable. Goffman considera tres



elementos: la información social, la evidencia del estigma y la identidad personal, este último refiere a la identificación de ciudadanos.

Que el estigma sea un lenguaje de relaciones y no de atributos significa que hace parte de una trama social, en donde no se hace referencia a individuos concretos sino a procesos de roles en los cuales participa cada sujeto desde un lugar diferente. Por un lado, los normales, que, de acuerdo con Goffman, son todos aquellos que no se apartan de manera negativa de las expectativas que están en discusión en la estructura social y, por otro lado, los estigmatizados. En este juego de roles los individuos no son meramente personas sino perspectivas.

La historia del estigma se diferencia de la historia de la categoría de quienes son estigmatizados. De allí que lo que se conserve sea la capacidad estigmatizante de una sociedad, lo que da cabida al cambio tanto de quienes son estigmatizados como del estigma. Por ende, las enfermedades “son juicios que los seres humanos emiten [...] son construcciones sociales” (Vásquez, A., & Stolkner, A., 2009)⁸. Lo anterior indica que antes de que aparezca un comportamiento “anormal” ocurre el proceso de definición social del comportamiento “anormal”.

Históricamente se han producido variaciones en relación al estigma, así como también se han producido variaciones en el concepto de anormalidad. Variaciones que han llevado a que el concepto se ha definido desde perspectivas religiosas, morales y médico-científicas, las cuales se establecen desde una relación saber-poder. De la misma manera, es posible evidenciar el cambio social en las definiciones de los comportamientos considerados anormales, los cuales a lo largo de la historia se les ha impuesto control social por medio del

⁸ Esta frase es tomada de Conrad (1982.134).



aislamiento y el encierro, así como la imposición de tratamientos y sometimiento a medicaciones (Vásquez, A., & Stolkiner, A., 2009. 297). Todas estas variaciones históricas esconden, bajo el discurso de la humanización la misma constante: el control social como objetivo central. Para Goffman (2003) se cumple esta función de control social al adjudicar a sujetos que no se conocen, una *mala reputación*. El predominio de la medicalización de la anormalidad y la asunción de la medicina, en función del control social, define y etiqueta los comportamientos anormales como problemas de orden médico, es decir, como enfermedad. Esta función de control atribuida a la medicina pretende hacer intervenciones sobre lo anormal, proponiéndose regular, transformar, aislar o eliminar los comportamientos definidos socialmente como anormales.

Por otro lado, en el contexto de la teoría de la desviación Gimberg (1995)⁹ aporta la teoría del etiquetaje, cuya idea se centra en la creación por parte de la sociedad de la desviación a partir del establecimiento y la transgresión de reglas, de allí que la etiqueta sea aplicada a las personas consideradas como extrañas.

La estigmatización supone una barrera sociocultural para quien es objeto de esta ya que produce una violación de los derechos fundamentales de estos sujetos. Violación que se materializa en los comportamientos y prácticas de marginación y exclusión, en donde, de acuerdo con Goffman (2003), se evidencia la presencia de la *discriminación*.

De esta manera, la tarea de deconstruir el estigma, en tanto generador de un tipo de sufrimiento, se centra en una co-labor para, con y hacia la sociedad. Es la sociedad la que está llamada a aceptar todo lo que se denomina como diferente. Por ende, no se debe cambiar para ser aceptado, el sujeto que es objeto de estigma y discriminación no debe avergonzarse

⁹ Cito de acuerdo con Vásquez, A., & Stolkiner, A., (2009)



de él o de otros que lo poseen, ni mucho menos comprometerse en tratar de ocultarlo (Goffman, E., 2006).

En el caso específico de la locura el estigma y la discriminación se acentúan debido a que el manejo que históricamente se le ha dado a la misma conlleva a la naturalización y reforzamiento de este tipo de comportamientos, los cuales se producen y transforman en el lenguaje.

Por otro lado, vemos como la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, que incluye a las personas con enfermedad mental, tiene como base los principios de la participación, el respeto por la diferencia y la no discriminación, siendo obligación de los Estados la necesidad de sensibilizar a la sociedad sobre el respeto a los Derechos Humanos, así como el respeto por la dignidad de quienes están siendo afectados por una discapacidad. Desde esta mirada se puede evidenciar la problemática que presenta la enfermedad mental desde el enfoque de Derechos Humanos y los factores de exclusión social. De acuerdo con la OPS/OMS las personas con enfermedades mentales presentan dificultades para acceder a tratamientos y servicios en salud, lo cual se relaciona con procesos de discriminación, estigmatización y exclusión social.

Como se ha mencionado anteriormente, el papel de la “sinrazón”, como imagen negativa de la locura, se consolidó como un factor que refuerza el estigma confirmando las percepciones de peligrosidad, incurabilidad e imposibilidad de convivir en sociedad, lo que da paso a la discriminación. De esta manera, el estigma produce consecuencias que pueden ser más devastadoras que la misma enfermedad. Razón por la cual muchas de estas personas ocultan sus síntomas con el único fin de no quedar expuestos a estos patrones de discriminación. Incluso se rehúsan a buscar, en algunos casos, ayuda y muchas veces



incumplen con los tratamientos establecidos. El estigma y la discriminación son más visibles y de mayor frecuencia en los trastornos que producen síntomas más perturbadores e incapacitantes como, por ejemplo, los trastornos del espectro de la esquizofrenia, los que tienen relación con el consumo de sustancias que inducen adicciones y los trastornos del estado de ánimo (Campo, A., Herazo, E., & Oviedo, H., 2014. 164).

Los imaginarios y representaciones sociales hacia las personas con enfermedades mentales son una barrera de acceso, no solamente a los servicios de salud sino también a la vida académica, social, familiar y de pareja. Esto conduce a que las personas interioricen la culpa y la vergüenza debido a sus síntomas. De allí que se deba pensar en la deconstrucción del estigma como factor de protección para la participación real y respetuosa de quienes están atravesados por la experiencia de la locura.

Ahora bien, el autoestigma, de acuerdo con Corrigan (2014), hace referencia no solamente a la aceptación de los estereotipos y a las ideas negativas, sino también a la incorporación en la identidad de las personas que viven la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico. De este modo, cuando una persona internaliza el estigma no solamente considera que este estereotipo es cierto, sino que además lo considera para sí mismo convirtiéndose en una barrera importante a nivel de pareja, social, familiar, laboral y educativo.



2.5 Las mariposas que no caben en el estómago

Cuando emprendemos un viaje las emociones no nos abandonan, están representadas como mariposas en el estómago, que dan cuenta de manera sensible que algo está pasando, algo a lo que debemos prestar atención y de lo que no podemos ni deberíamos despojarnos.

El estudio de las emociones no ha estado libre de la tendencia a la generalización, tanto en la práctica como en los discursos científicos. Desde una perspectiva social, antropológica y cultural el estudio de las emociones responde a interrogantes que buscan comprender lo humano desde posturas que retoman lo individual, lo colectivo y lo social. Es necesario enfatizar en la construcción de estas tres posturas a partir de características históricas específicas y la significación que se le otorga a esta historia. María Méndez (1999), tomando como base los análisis de Le Breton, afirma que las emociones no se pueden explicar desde posturas naturalistas y, mucho menos, afirmar que son universales. La autora postula que las emociones, por un lado, son una construcción durante el transcurso de la vida que se da a través de la socialización y, por otro lado, se construyen a partir de la historia y las experiencias atravesadas por contextos sociales únicos. Las emociones no son un producto único y exclusivo de la biología, sino que dependen de situaciones diversas situadas en el campo de lo social, lo cultural y lo político.

Vale la pena mencionar los aportes que han brindado las ciencias sociales en lo que respecta al estudio de las emociones. El “Giro Afectivo”, propuesto por estas ciencias, busca comprender que las emociones pueden ser estudiadas y analizadas más allá del campo de la fisiología y la biología, implementando métodos de investigación propios en donde, además de priorizar las emociones y el afecto, también se tengan en cuenta los discursos, las



interacciones, el cuerpo y el género para la construcción de conocimiento. Siguiendo a Domínguez & Lara (2013), la emoción y el afecto tienen lugar en el cuerpo, conectan al cuerpo con el mundo; lo que lleva a pensar que el cuerpo deja de ser únicamente un organismo fijo, predecible. Para estos autores el cuerpo, si bien tiene un componente biológico, tal perspectiva no es la única manera, ni tampoco el único camino, para entenderlo y explicarlo. Sacar al cuerpo de los límites de la medicina y la biología permite a su vez entender las emociones y el afecto y ubicarlas como unidades de análisis, y al mismo tiempo, permite pensar cómo las experiencias subjetivas configuran las sociedades y los procesos de identidad y pertenencia.

El cuerpo es el vehículo de las emociones. Es el espacio cotidiano donde se manifiestan las contradicciones sociales, el poder, el sometimiento o las desigualdades y, así mismo, la resistencia, la creatividad o la identidad (Benedicto, C., 2018). De acuerdo con Martha Nussbaum las emociones reflejan esa naturaleza necesitada e incompleta expuesta al mundo y todo lo que está fuera de nuestro control. Detrás de las emociones existe una narrativa socialmente construida que se debe cuidar, así como se cuida lo ético y lo político. En este sentido el cuerpo no es un objeto sometido a voluntad, sino que es el resultado de una historia personal y colectiva configurado por la subjetividad, el tiempo, la historia, las experiencias, por las palabras y el género.

Millán (2016) afirma que las emociones están insertas en un contexto simbólico y discursivo particular, que a nivel macro es histórico, social y cultural y, que a nivel micro e intersubjetivo están en armonía con la mirada del Otro. De esta manera las emociones son el eco de acontecimientos, pasados, presentes o futuros, bien sea reales o imaginarios, en la relación de los individuos con el mundo.



Hemos visto como se ha creado un vínculo histórico entre las emociones y las mujeres. La asociación entre lo emocional, lo corporal y lo femenino tuvo un gran impacto sobre la concepción de mujer, en especial en la conceptualización de la histeria. En donde el útero y los ciclos hormonales gobiernan las emociones femeninas convirtiendo a las mujeres en frágiles, imprevisibles y poco fiables, razón por la cual deberían ser acalladas y controladas (Benedicto, C., 2018). Las emociones son “el ruido del cuerpo” y como tal, la expresión femenina de estas emociones ha sido mayor en tanto han cumplido la función del mantenimiento de vínculos y relaciones interpersonales, es por ello que se han mantenido ocultas en los espacios privados. Sin embargo, cuando las emociones interfieren en la productividad de la mujer, a partir de la incorporación en el mundo laboral, se genera un nuevo mecanismo de control: la medicalización. Mecanismo que busca dejar las emociones aplanadas por la química farmacológica en donde el sujeto está flotando y quedando a la deriva en una sociedad hostil, depredadora y voraz (Velasco, R., 2013). De acuerdo con Catherine Lutz, citada en Garzón Ospina (2019), “las emociones han fungido como sinécdoque de lo femenino” (p.246). Vemos entonces que, la naturalización de las emociones solo es asociada a la condición de lo femenino en donde la mujer no es sujeto de razón y la deja del lado de la sujeción de la razón masculina.

En este orden de ideas, las emociones se han considerado históricamente como impulsivas y faltas de razón. Características emocionales asociadas a lo femenino. Razones que las alejan como productoras de conocimiento. Contra lo cual los estudios feministas de las emociones han contribuido al disolver la diada razón-emoción, la problematización de la asociación emoción-femenino y razón-masculino y el concepto de la experiencia como fuente

Un viaje compartido: experiencias de mujeres que habitan un diagnóstico psiquiátrico, sus voces más allá de una etiqueta



productora de conocimiento (Domínguez, G., & Lara, A., 2014). De esta manera se propone la búsqueda de una voz y unas palabras sin género.



Capítulo 3.

Un viaje hacia la locura. Un encuentro con conocidas y extrañas

Encontrarnos con quienes comparten el viaje hace que este sea aún más divertido. Poder conversar sobre los paisajes, compartir actividades, salir a caminar, siempre serán momentos inolvidables. Es aquí, en donde nos damos cuenta que los viajes sí se viven tres veces, la primera, cuando lo preparamos, la segunda, cuando lo vivimos y la tercera, cuando lo recordamos. Es el encuentro con la compañía idónea lo que nos permite vivir tres veces el viaje. Siguiendo esta metáfora este capítulo presenta, primero, la metodología y las estrategias propuestas, y segundo, siguiendo la ruta que me ofrece dicha metodología presento el modo en el que se generó el encuentro y la conformación del grupo de mujeres que compartieron este viaje. El enfoque que facilitó el encuentro con estas mujeres fue el enfoque cualitativo que se centra “en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (Hernández, R., 2014.358). Pues desde allí fue posible co-construir las experiencias vividas por mujeres que han sido diagnosticadas psiquiátricamente, teniendo en cuenta sus luchas y resistencias a partir de la asignación de la etiqueta diagnóstica. Así las cosas, nos juntamos bajo el paradigma sociocrítico y con la metodología de Investigación Acción Participación (IAP).



3.1 El enfoque cualitativo.

Realizar una investigación desde el enfoque cualitativo lleva implícita la necesidad de comprender la práctica social sobre la cual se quiere actuar, a partir del acercamiento a la cotidianidad de quienes hacen parte de la investigación, el análisis de las diferentes problemáticas que los atraviesan y las actitudes de la comunidad ante las diferentes vivencias de estos. Así mismo, la investigación cualitativa es una manera de enfrentar el mundo empírico de una forma inductiva. La investigación se rige por un diseño flexible recogiendo información considerada pertinente en ambientes naturales (Melero, N., 2012).

Otro aspecto importante de este enfoque es el establecer un diálogo permanente entre el observador y lo observado. Lo cual se une a lo que, en este enfoque se llama reflexión analítica, entendido como una reflexión que se mueve entre lo que se capta de afuera y lo que se pretende. Se busca con ello un estudio a profundidad de la realidad, desde la mirada de los individuos, quienes se convierten en protagonistas activos, compartiendo “significados y códigos” (Melero, N., 2012. 343). De esta manera, el investigador juega un papel activo en un proceso continuo de interacción y observación del contexto que interviene y con las personas o grupos con quienes tiene un contacto directo.

3.1.2 El Paradigma crítico social o sociocrítico.

Este paradigma de acuerdo con Arnal, citado en Alvarado & García (2008), acuña la idea de que la teoría crítica, a pesar de ser una ciencia social, no es necesariamente empírica ni solo interpretativa. Pues se debe tener en cuenta que sus aportes se originan desde los “estudios comunitarios y de la investigación participante” (Alvarado, L., & García, M., 2008).



190), en donde el objetivo es promover transformaciones sociales que responden a problemas específicos presentes en la comunidad, en los cuales debe existir una participación activa de sus miembros. Este paradigma tiene un carácter auto reflexivo en donde el conocimiento se construye a partir de los intereses que nacen de las necesidades de un grupo determinado inmerso en una comunidad, pretendiendo la autonomía racional y liberadora de los mismos. El conocimiento se genera mediante el proceso de construcción y reconstrucción de la teoría y la práctica.

En concordancia con Habermas, citado en Colmenares (2012), existen tres paradigmas: el empírico-analítico, el histórico-hermenéutico y el crítico social o sociocrítico. En este último se sustenta toda esta investigación, ya que de acuerdo con el autor tiene un interés emancipatorio o liberador que pretende develar y romper con sistemas de opresión. Perspectiva emancipatoria que es central para el desarrollo de las prácticas y procesos que se realizaron en rededor de esta investigación. Es así como esta perspectiva cualitativa y crítica responde de manera diferente a como lo haría el positivismo y el pospositivismo a la forma en cómo se plantea una pregunta investigativa. Dando solución al “problema de imposibilidad de la neutralidad”, incluyendo en el proceso de investigación los valores y atendiendo a una ontología realista o realista crítica, lo que implica una epistemología subjetivista, a propósito de la inclusión de valores y una metodología dialógica transformadora (Colmenares, E., 2012. 104).

Todo paradigma requiere de una metodología que permita desarrollar el proceso investigativo. En el caso del paradigma crítico social o sociocrítico la metodología que orienta los procedimientos, técnicas e instrumentos se representan en la *Investigación/acción*



o *investigación-acción-participativa* (IAP) (Colmenares, E., 2012. 103) la cual es acorde a la visión onto-epistémica que se asumirá en este proceso investigativo.

3.1.3 La Investigación Acción Participativa

Durante este proceso asumimos una metodología que permitió no solo la expansión del conocimiento sino también la generación de algunas experiencias que fomentaron un espacio de encuentro para conversar y poner en evidencia algunas problemáticas presentes en la comunidad. Según Miguel Martínez, citado en Colmenares, E., (2012), la investigación acción participación tiene dos puntos de vista: uno sociológico (perspectiva desarrollada por Kurt Lewin 1946/1992, 1948, Sol Tax, 1958, y Fals Borda 1970) y otro educativo (el cual fue desarrollado por Paulo Freire, 1974, Hilda Taba, 1957, Lawrence Stenhouse, 1988, Jhon Elliot, 1981-1990, y otros). Puntos de vista que hasta el momento han sido exitosos en lo que respecta a su aplicación.

La IAP es una metodología que, bajo el enfoque cualitativo, se diferencia de otras formas de intervención social en que se promueve la participación de las personas afectadas por determinado problema y se caracteriza por la acción transformadora y la producción de conocimiento entre el saber científico y el popular (Montenegro, M., 2004. 135).

Fals Borda, por su parte, citado por Colmenares, refiere que la IAP es:

Una vivencia necesaria para progresar en democracia, como un complejo de actitudes y valores y como un método de trabajo que da sentido a la praxis en el terreno. A partir de aquel simposio, había que ver a la IP no solo como una metodología de investigación sino como una filosofía de la vida, que convierte a sus practicantes en personas sentipensantes. Y de allí en adelante, nuestro movimiento creció y tomó dimensiones universales (2012. 104).



Bajo esta mirada y navegando en esta metodología se facilitó el desarrollo y alcance de los objetivos propuestos en esta investigación.

3.2 Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación se tuvo en cuenta las consideraciones éticas de la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud, teniendo en cuenta que es la ley que rige para Colombia en investigación que involucre seres humanos y sugerida por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

3.2.1 Calificación de riesgo inherente a la investigación

De acuerdo con el artículo 11 y siguientes de la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud, esta investigación se clasifica como una investigación sin riesgo teniendo en cuenta que se emplean técnicas y métodos de investigación documental, narrativas de vida, conversaciones creativas, análisis del discurso y no se realizan intervenciones o modificaciones intencionadas de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de quienes participaron en la misma.

3.2.2 Comité de ética

El proyecto de esta investigación con su respectivo consentimiento informado, fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia con el acta de evaluación número 008-057 de fecha 22 de abril de 2021. Dentro de las observaciones se encuentra que el comité considera que el proyecto no presenta dilemas éticos por lo cual emite concepto aprobatorio.



3.2.3 Procedimiento para la toma de consentimiento informado

La toma del consentimiento informado se realizó mediante dos momentos: el primero un abordaje verbal en donde se hizo énfasis en una participación voluntaria y el potencial de la colaboración en el proceso de investigación, se brinda esta, teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se resuelven inquietudes que se presentan. En segundo lugar, una vez las mujeres convocadas aceptaron su participación, se procedió a explicar de manera amplia el documento, igualmente se resuelven inquietudes y se realizó el envío vía correo electrónico para su respectiva firma y devolución. Se respetó la negativa a no participar en la investigación.

3.2.4 Procedimiento para proteger la privacidad de las mujeres participantes en esta investigación

Durante todo el proceso la comunicación fue permanente y la información contemplada en el documento fue avalada por las participantes, así como la publicación de sus nombres. La información suministrada fue información que consideramos y aceptamos brindar. Nombres, dibujos, figuras, fotos, opiniones, relatos, lugares, entre otra información que se dio en el marco de la investigación.

3.3 Haciendo planes

Cada vez que armamos un plan pensamos en que este nos lleve a la interacción y al disfrute de cada encuentro, pensamos también en las personas que harán parte de este plan. Es por ello por lo que nos preocupamos de que todos aquellos que están o serán invitados participen, compartan y disfruten, no solo del encuentro sino también de la compañía.



Siguiendo esta idea este apartado describe las estrategias metodológicas que fueron implementadas para llevar a cabo nuestros planes.

Teniendo en cuenta la situación de pandemia por Covid-19 en la que se llevó a cabo este proceso investigativo y la virtualidad como una nueva dinámica de interacción social, se utilizaron herramientas tecnológicas (aplicaciones, plataformas, páginas web¹⁰) que facilitaron el alcance de los objetivos. Por lo cual los encuentros realizados con las mujeres participantes de esta investigación fueron virtuales y solo se realizó uno de manera presencial. Vale la pena señalar que la virtualidad permitió una mayor flexibilidad horaria, realizar encuentros desde cualquier lugar en donde se encontraran las participantes sin alterar sus dinámicas, permitió a su vez compartir herramientas digitales en línea, presentar a otras espacios personales de trabajo, facilitó conversar y compartir la experiencia a partir de un diagnóstico psiquiátrico. Además, nos permitió estar en comunicación permanente de manera multidireccional.

La investigación se desarrolló a partir de las conversaciones creativas, las narrativas de vida y el análisis de los discursos, dado que estas estrategias permitieron analizar el ejercicio lingüístico, el cual se considera de gran relevancia para este estudio investigativo teniendo en cuenta el objetivo propuesto. Por su parte el análisis del discurso, se hizo a partir de las conversaciones sostenidas durante los encuentros realizados, los cuales fueron grabados y posteriormente se transcribieron. Siguiendo a Pedro Santander (2011) analizar el discurso sirve para *leer* la realidad social, está relacionado con el *giro discursivo*, “con el cual se pasa de un paradigma que ponía las ideas y la introspección racional en el centro de

¹⁰ Algunas de las herramientas virtuales utilizadas durante esta investigación fueron: Google meet, correo electrónico, formulario de Google, WhatsApp, Mentimeter y se recibió autorización expresa de las participantes para usar los datos consignados en estas herramientas.



la observación certera del mundo, a otro que prioriza la observación y el análisis de los discursos” (p. 209). De la misma manera, Santander menciona que el lenguaje no puede ser considerado solamente como un vehículo que refleja y expresa ideas, sino como un elemento de injerencia y participación en la construcción de la realidad social, de esta manera la dicotomía mente/mundo, se remplaza por la diada discurso/mundo. Lo que se conoce, en palabras de Austin, citado por Santander, como “concepción activa del lenguaje” (p. 209) por su capacidad de *hacer cosas* y que permite entender lo discursivo como una forma de *acción*. Lo que significa que conocer el mundo no se da solo a partir de las ideas sino también por medio de los enunciados que circulan. Como dice Echeverría, citado en Santander, “este paradigma le reconoce al lenguaje una función no solo referencial (informativa) y epistémica (interpretativa), sino también realizativa (creativa)” (p. 209). El discurso es visto como una forma de acción, lo cual implica que analizar el discurso de la sociedad es analizar una forma de acción social.

También se utilizaron las *Narrativas de vida* representadas en escritos autobiográficos cortos de libre presentación, los cuales, de acuerdo con Chárriez Cordero (2012), proveen no solo información subjetiva de la vida de las mujeres sino también su relación con la realidad social, los contextos, las costumbres y las relaciones en las que han participado. Como apunta Murray, citado en Sparkers & Devís Devís (2018), las narrativas son creaciones sociales, es decir, los relatos de las mujeres, en este caso, son personales y sociales en tanto son contruidos al interior de una comunidad enmarcada en una cultura provista de identidades y saberes. Por consiguiente, esta estrategia también permitió la Co-construcción de una narrativa crítica en torno a la relación entre sufrimiento emocional y un diagnóstico psiquiátrico, así como las implicaciones de vivenciar estigma, autoestigma y discriminación.



Las *Conversaciones creativas*, como estrategia de investigación compartida, se presentan como un elemento de relación entre quienes participan que no contiene jerarquías, el cual, de acuerdo con Quijano Valencia (2016), rompe con la asimetría convencional propia de los actores que mueven y reproducen el pensamiento desde una lógica eurocentrista y una mirada oculocéntrica. Con-versar siguiendo a Quijano “es otra forma de concretar lo que se denomina ‘instancia empírica’ o el ‘estar allí’ de donde sale la interpretación de lo que se ve, se siente, y se escucha hasta llegar a una descripción textual” (2016. 38). De esta manera, esta estrategia metodológica permite reconocer las voces de mujeres que habitan el sufrimiento emocional reivindicando sus vivencias como sujetos sentipensantes que son parte de la comunidad.

Es así como hablar, gestualizar, reflexionar, ironizar, narrar, opinar, interpelar, y “lenguajear” son actos que fortalecen la imaginación, la experiencia y la interpretación (Quijano, O., 2016). Una buena conversación sugiere también una investigación compartida. La conversación creativa a partir de análisis de canciones, palabras provocadoras relacionadas con un tema, historias de vida, invitó, así mismo, a la construcción conjunta de saberes y conocimientos propios de quienes están atravesadas por la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico.

3.4 La compañía idónea

Nada mejor que una buena compañía para que el viaje sea perfecto. Encontrar mujeres mayores de edad, usuarias o exusuarias de servicios de salud mental atravesadas por la

experiencia de la locura y que quisieran compartir sus historias, sus emociones, sus luchas, sus miedos y los caminos recorridos, en principio, no fue una tarea fácil.

La búsqueda de compañeras de viaje empieza a partir de conversaciones con conocidas, amigas y familiares que quisieran participar o conocieran a alguna mujer que quisiera hacerlo. Mi estrategia para esta búsqueda fue compartir una pieza comunicativa vía WhatsApp (ver ilustración 1) con personas conocidas y ellas a su vez, la compartieron con otras mujeres.

Ilustración 1. Pieza comunicativa de búsqueda y encuentro

ERES USUARIA O EX-USUARIA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

TE INVITO

A participar y construir conjuntamente conocimiento en relación con el estigma y la discriminación en salud mental desde una perspectiva de género. Iniciativa que nace a partir de mis intereses investigativos en el campo de la salud mental especialmente la de las mujeres y como la "juntanza" nos permite identificar, conocer y reconocer a otras que han vivido la misma situación y su influencia en la forma como asumimos y vivimos la cotidianidad, la forma de relacionarnos y más....

¿CÚAL ES LA IDEA?

Reunimos en grupo y conversar alrededor del tema y la experiencia de habitar un diagnóstico en salud mental. Por un tiempo aproximado de 1 hora y media, seremos 5 mujeres con experiencias similares.

La metodología planteada a través de la investigación acción participación, invita a la reflexión y a la emancipación desde un enfoque de Derechos.

Andrea Cabrales Psicóloga/Maestrante en Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia.
Contacto via whatsapp: 3167296916. Correo electrónico: acabrales@unal.edu.co.

Fuente: Elaboración propia.

Este ejercicio de búsqueda generó preguntas en las mujeres interesadas, y también, en quienes recibieron de primera mano la información. Algunas de estas preguntas dieron cuenta de los imaginarios que hay alrededor del tema de la salud mental. Preguntas que es importante diferenciar de las realizadas por las mujeres que participaron en este viaje, así



como, también se diferencia el modo de recepción y respuesta a esta invitación por parte de ella. Entre las preguntas que realizaron muchas de las personas no participantes se destacan:

“¿y si a ella le da pena?”

“¿sí se molesta por hacerle preguntas?”

“¿sí no quiere que otros se enteren?”

“¿puede participar de manera anónima?”

“¿por qué mujeres si los hombres también se enloquecen?”

“conozco a una mujer, pero no sé cómo preguntarle”.

“Si cree que yo pienso que está loca”.

Por su parte, en las preguntas que dirigen las mujeres que mostraron interés en participar en este viaje es notable un tono e intención diferente. Entre estas se destacan las siguientes:

“¿Los encuentros serán de manera virtual o presencial?”

“¿En qué horarios nos reuniremos?”

“¿Debo asistir a la Universidad en algún momento?”

“¿Puedo tener acceso al documento?”

Estas preguntas dan cuenta de aspectos relacionados con horarios, fechas y lugares de encuentro, y a su vez muestran una disposición abierta a compartir este viaje; a diferencia, de las preguntas realizadas por quienes me apoyaron con la rotación de la información en donde se observa una previsión frente al trato con mujeres que experimentan un diagnóstico psiquiátrico.



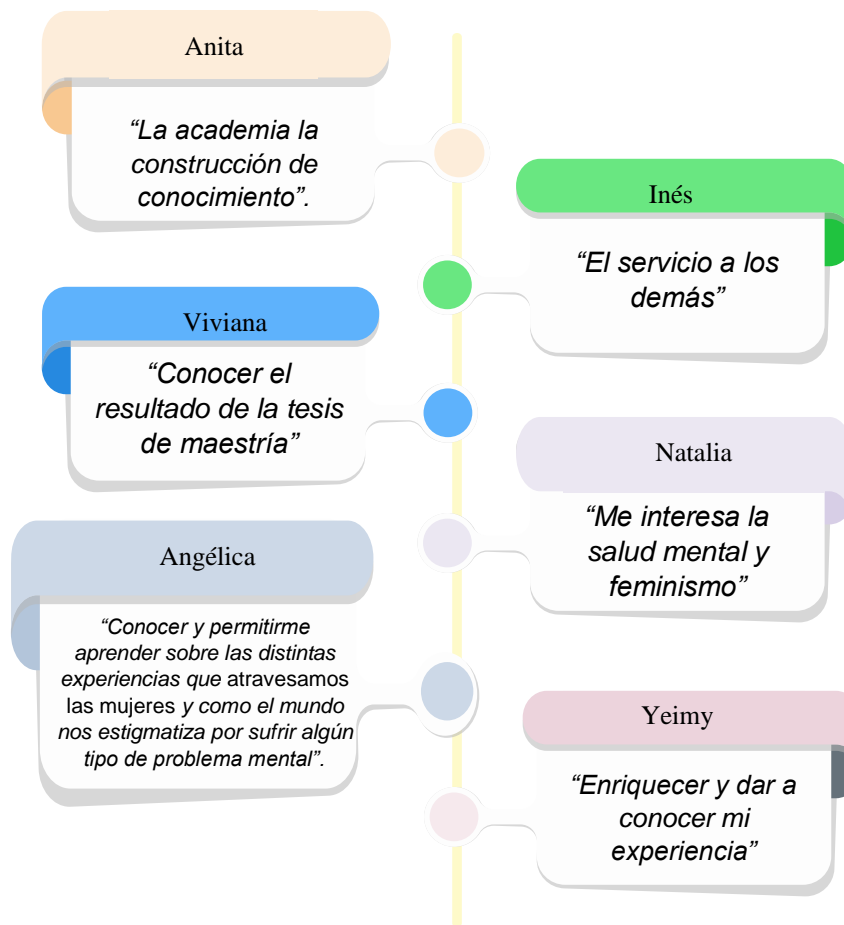
En el momento en que es claro quiénes son las mujeres interesadas en participar me comunico con ellas vía telefónica con el fin de confirmar, por un lado, su deseo de participar y, por otro, conocer y responder preguntas o inquietudes que les surgieron frente al proceso. Sus preguntas estuvieron relacionadas con tiempos, fechas, horarios, necesidad de desplazamiento, temas específicos de los que hablaríamos, entre otras, que se fueron resolviendo durante la conversación. De la misma manera, les pido su consentimiento para hacer parte de un grupo de WhatsApp abierto con el objetivo de compartir información, reflexiones, preguntas, fechas y horarios de encuentro y lo que ellas consideren pertinente o lo que surja a lo largo del proceso.

Luego de confirmar la participación e incluirlas en el grupo de WhatsApp, extiendo un saludo de bienvenida y acordamos en grupo fecha y hora de nuestro primer encuentro virtual. Decisión que no fue fácil de tomar teniendo en cuenta las diferentes ocupaciones de las participantes y los horarios no compatibles. Este proceso de conformación del grupo duro aproximadamente una semana desde el envío de la pieza comunicativa hasta el momento en que recibo los datos de las mujeres interesadas y su consentimiento para participar.

Posteriormente, y con el fin de conocer un poco más a las mujeres, se realizó el envío de un formulario de Google que permitió recolectar datos relacionados con la información personal como: nombre, correo electrónico, edad, ocupación, número de hijos. Adicionalmente en este mismo formulario se realizaron dos preguntas abiertas que tenían como fin conocer las motivaciones que las llevaba a participar en esta investigación y, a su vez, abría el campo para que ellas presentaran comentarios y recomendaciones que consideraran pertinentes para la investigación. La gráfica 1, da cuenta de las respuestas a estas preguntas:



Gráfica 1. Respuestas



Fuente: Elaboración propia.

3.4.1 Algunas mujeres conocidas


Dentro del grupo de mujeres que hacen parte de este proceso se encuentran Inés, Anita y Claudia¹¹ de 62, 30 y 26 años respectivamente. Ellas, quienes además motivan mis intereses investigativos, han hecho parte de mi vida desde diferentes escenarios y momentos.

¹¹ Cito tanto sus nombres como los nombres de todas las participantes con su permiso y aprobación.



“La vecina”, Inés: una mujer nacida en Boyacá, de 62 años, divorciada, con dos hijos y dos nietos, ama de casa, con un Trastorno afectivo bipolar diagnosticado desde hace más de dos décadas. La conocí cuando apenas empezaba mi adolescencia, vivíamos en el mismo barrio más o menos a 2 cuadras de distancia. Con el paso de los años y mi interés por participar en procesos comunitarios comienzo a compartir espacios con ella. A ella le interesaba mantener en “orden y bonitas” las zonas verdes del barrio. En medio de los espacios comunitarios tuve una verdadera oportunidad de conocerla, así me acerco a ella y es allí donde realmente conozco a la mujer, la hija, la esposa, la madre, la hermana, la tía, que yo anteriormente solamente veía como esa vecina interesada por mantener en orden los espacios comunes y también por cumplir a cabalidad los mandamientos de la iglesia, a la cual asistía y aún asiste 3 o más veces por semana. En esa época hacía parte del grupo de pastoral salud de la parroquia. Siempre se ha preocupado (como ella lo menciona) por servir a los demás. Nuestras conversaciones, además de ser divertidas, siempre fueron y han sido bastante interesantes. Cuando decide contarme sobre su diagnóstico psiquiátrico y su experiencia con los dispositivos de salud mental, descubro y pienso en las luchas, resistencias y sufrimiento por el que ha pasado durante todos estos años y que muchos desconocen, y que incluso yo desconocía hasta que ella decide narrarme su historia. En ese momento dejó de ser para mí “la vecina” y empecé a verla como es: Inés, una mujer, además, atravesada por la experiencia de la locura.

“Next”, Anita: una mujer nacida en Bogotá, de 30 años de edad, soltera, profesional de la salud, con un diagnóstico de Trastorno afectivo bipolar. La conocí en un espacio laboral, siempre me ha parecido una mujer muy inteligente, además de buena persona y amable. Compartí con ella muchos espacios de almuerzo y algunas tardes largas de trabajo. Anita,



como le gusta que la llamen, pasó por la experiencia de presentar una “crisis emocional” en pleno desarrollo y ejecución de su contrato de prestación de servicios (las famosas OPS, que desconocen no solamente los Derechos de los trabajadores sino también a las personas). Este momento en su vida genera una serie de ajustes dentro de su grupo de trabajo, algo que, en principio, parecieron resolver de manera solidaria. Sin embargo, por razones contractuales se tomaron decisiones, decisiones en donde la voz de Anita no fue la protagonista, sencillamente ella se tuvo que acoger a lo que otros, en este caso, quienes coordinaban y supervisaban el contrato decidieran. Situación que generó en mi malestar e inconformidad no solo por el aprecio que siempre he tenido y tendré por Anita sino porque frente a esa decisión no podía hacer nada diferente a invitar a los demás a ser solidarios y al menos esperar un poco a que Anita tomara una decisión. En lo que respecta al ámbito laboral, específicamente las y los contratistas con afectaciones no solo en su salud física sino también en su salud mental el presente y tal vez el futuro, no se ve nada prometedor; siempre el *Otro* (el empleador o el supervisor del contrato) seguramente preferirán decir *Next* que meterse a resolver o al menos a entender estas situaciones. Siempre guardare en mi mente recuerdos agradables sobre todo cuando Anita durante el almuerzo hablaba sobre su experiencia mientras fue estudiante, experiencia cargada de amigos-amigas, risas, sueños, viajes. Hablaba de sus amigas como quisiéramos que alguien hablara de nosotros.

“*El apoyo que necesitamos*”, Claudia: una mujer de 26 años en una relación, profesional de la salud, con un diagnóstico de Trastorno mixto de ansiedad y depresión. La conocí en el tiempo en que cursaba sus estudios superiores. Fue contratada para apoyar algunas actividades dentro de un proyecto de investigación en el que yo también estaba contratada. Recuerdo que cuando llegó fue un gran apoyo ya que nos sacó del analfabetismo



tecnológico y de otros enredos más. Compartí con ella, además de almuerzos y tardes de trabajo, cumpleaños, un diciembre en donde nos hacíamos las jornadas amables compartiendo pequeños regalos y recetas elaboradas por el grupo de trabajo, y que traíamos a la pequeña oficina que nos habían asignado. Fueron momentos muy gratos para todos los que estuvimos allí. Claudia, no solamente era un apoyo en lo laboral, sino también se concretaron afectos y experiencias inolvidables, desde siempre ella fue el apoyo que necesitábamos para ser mejores personas, mejores profesionales y más solidarios entre nosotros. Si alguna vez he disfrutado una jornada laboral fue en esos tiempos.

Vale la pena mencionar, que, si bien ya había tenido contacto y compartido con estas mujeres, lo que conocí y compartí en este viaje me permitió verlas y escucharlas de otra manera. Me permitió conocer sus verdaderas historias y experiencias de vida, que más allá de convertirse en información para un documento, me llevaron a la reflexión y a la interpelación constante no solo como mujer, hija, madre, hermana, cuidadora, sino también como profesional de la psicología. Como si una venda se callera de mis ojos, una que intenté arrancar y no pude, no quise, no estaba lista, pero que esta vez, simplemente cayó.

Las demás mujeres que acompañaron este proceso de investigación llegaron por que otras les enviaron la invitación. Decidieron participar y aportar no solamente a la construcción conjunta de conocimiento, sino también a la experiencia de compartir sus sentires, saberes y experiencias encarnadas alrededor de la etiqueta de un diagnóstico psiquiátrico.

Este grupo se construye gracias a la colaboración de mujeres que deciden apoyarme en este viaje no solo el de hacer una maestría sino también de hacer una tesis. Mujeres que lejos de pretender algo a cambio me apoyaron, me acompañaron y siempre vieron este



proceso como la oportunidad de hablar, de gritar, de aprender, desaprender y levantar la voz, que en principio fue la mía y después la de cada una de las mujeres que se fueron sumando en un colegaje femenino, que se extiende más allá del grupo de conversación que se estableció para esta investigación y hunde sus raíces en el entorno próximo de mi vida y el de las vidas de las mujeres que compartieron este viaje.

Primero llega Natalia, una mujer de 31 años, periodista, con un hijo y con el interés manifiesto por la salud mental de las mujeres. Es amiga de una amiga de Albita (mi mamá). Una mujer fuerte, decidida, con la experiencia que le permite hablar, decidir, acercarse a otras y buscar y trasegar el camino de la sanación, pero una sanación, como ella la entiende, conjunta.

Después llego Angélica, una mujer nacida en Bogotá, de 25 años, en una relación, con un hijo. Vive actualmente con su pareja, cuando empezamos este camino su embarazo se acercaba a los 5 meses. Luna nació a mediados del mes de marzo de 2022. Su madre, una mujer luchadora, emprendedora, soñadora, enamorada de su vida, del amor, de sus hijos, con la motivación de “Conocer y permitirme aprender sobre las distintas experiencias que atravesamos las mujeres y como el mundo nos estigmatiza por sufrir algún tipo de problema mental”, llega a este proceso por invitación de su amiga Laura (esposa de mi hermano). Con un Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad generalizada.

Apareció Viviana, mujer de 32 años, estudiante de último semestre de Psicología, casada y con un hijo. Conoce por medio de su hermana menor, que es amiga de Sofí (mi hija), este proceso y decide participar. Con un Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad. Inteligente, educada, (como dirían las abuelas), sus palabras siempre fueron y son las apropiadas, mesurada al hablar, pero llena de conocimiento, no solo de la psicología como



ciencia sino de ella misma, de su vida, de su experiencia con el diagnóstico. Sonriente y organizada.

Y finalmente, Yeimy, mujer de 44 años, independiente, soltera, con un hijo. Llega a este proceso por invitación de Albita (mi mamá). Lo que la motiva a participar en este proceso es “enriquecer y dar a conocer mi experiencia”. Con un Diagnóstico de Depresión. Es a mis ojos una mujer luchadora.

Todas estas mujeres, guerreras, luchadoras, maravillosas y perfectas, como algunas de ellas se describen, se embarcaron conmigo en este proceso. Un embarque que lejos de parecerse al del siglo XVI¹² y opuesto en todos los sentidos, no iba en busca de la razón, sino en busca de la reivindicación, de la posibilidad de compartir experiencias y saberes, de conocer a otras mujeres, de hablar y construir en primera persona. Viaje en donde sus voces, nuestras voces, lejos de silenciarse, gritaron, susurraron, cantaron, se emocionaron. Evidenciaron que *Lo personal se volvió político*.

3.4.2 Haciendo realidad los planes

Una vez se arma el plan lo que sigue es hacerlo realidad. Así las cosas, el siguiente apartado da cuenta del desarrollo y la implementación de las estrategias metodológicas propuestas. Entendiendo que esta investigación se fundamentó bajo un paradigma socio-crítico que involucró el comprender, conocer y acercarse a la realidad de las mujeres que

¹² Recuérdese la “*La nave de los locos*” (Stultífera Navis), esta representación literaria y pictórica que aparece en el Renacimiento. Un barco que navega por los ríos de Renania y los canales flamencos en donde los locos vagan a la deriva, expulsados de las ciudades. Son distribuidos en el espacio azaroso del agua (símbolo de purificación) en busca de la razón.

habitan la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico, también favoreció el encuentro de otras posibilidades de investigación conjunta alejadas de los discursos hegemónicos, de conversaciones y de encuentros que nos permitieron, aprender, desaprender de otras realidades, así como reivindicar y conocer a partir del lenguaje que se expresa por medio de las emociones, la corporalidad y los gestos, las voces y los saberes de mujeres que habitan una etiqueta diagnóstica y cómo esta se relaciona con el sufrimiento emocional.

En este orden de ideas, a partir de la implementación de la metodología, las mujeres asumieron un papel protagónico en clave colaborativa (gráfica 2), desarrollando procesualmente una conciencia crítica frente a la experiencia de habitar un diagnóstico psiquiátrico.

Gráfica 2. Estrategias metodológicas





Estas estrategias metodológicas se llevaron a cabo en torno a las categorías definidas; locura, Sufrimiento emocional y como una sola categoría estigma, autoestigma y discriminación, sobre las cuales se ha dado esta investigación y que se intersectan constantemente durante todo el proceso, situación que fue descubierta en la medida en que compartíamos este viaje. La categoría locura, dadas las vivencias de las mujeres independiente de sus características (edad, nivel de formación, clase social, raza, entre otras), se consideró como eje transversal teniendo en cuenta las similitudes de sus vivencias expresadas en las narrativas y relatos, frente al hecho de ser mujer. Todo lo anterior, da cuenta del dinamismo y la flexibilidad que permitió la implementación de la IAP.

En lo que respecta a la sistematización y el análisis este se dio a partir del análisis de cada uno de los encuentros, de las narrativas y los relatos autobiográficos, se grabaron todos los encuentros y posteriormente se realizó la transcripción de audio a texto literal. De allí se tomaron frases que permitieron conversar con la teoría planteada en capítulos anteriores.



Capítulo 4.

Contemplando amaneceres

a propósito de la metáfora de la luz, la idea de que a las mujeres, cuando nos encontramos en este camino de búsqueda y trabajo interior, nos habita una suerte de principio de reflexión, en el que los rayos de luz que salen de nosotras cada vez que coincidimos en un dolor, en una historia, en una comprensión o claridad, se disparan a través de nosotras y chocan con una superficie metafísica, que es la otra, la hermana, la amiga, la mamá, la compañera, la hija, así la onda se desvía, esparciendo luz a su alrededor y vuelve a su origen, a nosotras mismas.

Natalia

Cuando contemplamos el amanecer no solamente observamos la salida del sol sobre el horizonte, sino también recibimos la luz que nos indica que es un nuevo día, que nos permite ver con claridad lo que hasta hace algunos instantes estaba oscuro y oculto. Es también ese momento en que estamos en silencio y simplemente escuchamos, contemplamos y nos conectamos con nosotras mismas. El presente capítulo busca expresar por escrito ese momento de contemplación y conexión con nosotras mismas, que vivimos conjuntamente. Es así como da cuenta de los hallazgos durante nuestros encuentros, lo que escuchamos, vimos, cantamos, escribimos, y contemplamos.

Desde el inicio las mujeres que participaron en este proceso fueron las protagonistas. Sus voces no solamente llevaron a conocer otras formas de pensar, de vivir, de resistir, sino también permitieron el encuentro entre ellas, el encuentro con ellas y el encuentro conmigo

misma. Todo lo que compartimos, lo que dibujamos, lo que cantamos, lo que escribimos, lo que conversamos y lo que desfilamos estuvo cargado de emociones. Emociones que lejos de ocultarse afloraron de manera espontánea, aunque al principio de manera tímida. Finalmente pudimos ver y sentir que todo aquello personal se volvió político. Estos espacios de *resistencia*, como se ha mencionado anteriormente, permitieron la emancipación mutua y la reivindicación a partir del intercambio de saberes y experiencias con otras mujeres. Lo que deja claro que los malestares expresados por ellas daban cuenta de situaciones de dolor, de opresión, de sufrimiento, de estigma, autoestigma y discriminación, pero también del amor, de las luchas y de las batallas ganadas.

4.1 Compartiendo intereses

Una vez conformado el grupo, y teniendo en cuenta las respuestas al formulario enviado, se realiza el primer encuentro virtual. En este, se tuvieron en cuenta tres aspectos fundamentales, el primero, relacionado con la investigación, el segundo, con la presentación de las mujeres participantes y los intereses que las motivaron a participar en el proceso y, el tercero, da cuenta de los acuerdos frente a las fechas y horarios para reunirnos. El primer encuentro se abordó y presentó de la siguiente manera:



Tabla 1. Estructura primer encuentro

Sobre la investigación	<p>Desde mi voz, presenté los intereses que me motivaron a investigar sobre el tema. Los cuales tienen que ver, en principio, con mi interés en los temas de salud mental, específicamente de las personas afectadas por un diagnóstico psiquiátrico, mi experiencia profesional en unidades de salud mental y el acercamiento a mujeres no solamente de mi grupo familiar sino conocidas y amigas con diagnósticos de depresión, las cuales han sido usuarias de servicios de salud mental. Así como mi experiencia personal con la ingesta de psicofármacos formulados con el fin de “ayudarme a manejar mis emociones”, lo cual por su puesto no me “ayudo a manejar mis emociones”, sino por el contrario a enmascararlas, esconderlas, silenciarlas, como si estas se debieran llevar en secreto o seguramente ocultas.</p>
	<p>Presenté los objetivos propuestos para la investigación. Los cuales han tenido transformaciones en la medida en que decido buscar información y acercarme a la realidad de mujeres que me acompañaron en este viaje desde una postura crítica. Estos objetivos no fueron estáticos, sino por el contrario estuvieron sujetos a cambios y modificaciones dentro del proceso de implementación de la metodología.</p>
	<p>Desde mi voz, les expuse la metodología (IAP) que serviría como base de nuestros encuentros. Procurando mostrarles que esta metodología se diferencia de otras debido a que hace protagonistas de la investigación a las participantes. Es un proceso de construcción conjunta de conocimiento y quienes hacen parte de la investigación juegan un papel activo dentro de la misma. Metodología que además promueve relaciones horizontales que facilitan la búsqueda y encuentro de soluciones prácticas o la toma de decisiones frente a problemas reales y comunes.</p>
	<p>Presento el título de la investigación el cual, al igual que los objetivos, ha sufrido transformaciones y no ha sido estático en el tiempo en el cual transcurrió esta investigación, sino que se ha transformado a medida que avanzan las conversaciones y los encuentros tanto con ellas como con los pares académicos con los que conversé sobre ella.</p>



	<p>También les presenté algunos aspectos teóricos relevantes que me llevaron a construir el documento. Los cuales tiene que ver con salir del pensamiento binario de salud-enfermedad y pasar a un pensamiento rizomático que permitió ver otras alternativas, teorías, formas de pensar y construir conocimiento a partir de los saberes de quienes, en este caso, habitan la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico.</p> <p>Por último, di a conocer el consentimiento informado para hacer parte del proceso investigativo, el cual da cuenta de solicitud de permiso para realizar la grabación de todos los encuentros, la toma de fotografías de estos y el uso de la información y datos personales, documento que debía ser diligenciado, firmado y enviado en caso de ser aceptado.</p>
<p>Presentación e intereses</p>	<p>Este momento, permitió, a partir de preguntas orientadoras que les formulé, ampliar la información que se dio a través del formulario enviado y mencionado anteriormente. Lo cual dio paso a que conociéramos nuestras expectativas frente al proceso. Allí se evidencio el interés por conocer la experiencia de otras mujeres atravesadas por un diagnóstico psiquiátrico, así como el interés en ser escuchadas y dar a conocer su propia experiencia de vida.</p>
<p>Fechas y horarios para futuros encuentros</p>	<p>Por último, concertamos fechas y horarios de encuentro, así como la duración y los objetivos de estos. Teniendo en cuenta que no se conectaron todas las mujeres del grupo sugerimos realizar otro encuentro con quienes no estuvieron, el cual se desarrolló con la misma estructura.</p>

Fuente: Elaboración propia

Es importante resaltar algunas de las frases que nos invitaron a la reflexión y nos permitieron encontrarnos, dialogar y conocernos un poco más. Algunas de las cuales me permito presentar, bajo las categorías que son fundamentales en mi investigación y otras que he desarrollado teóricamente en capítulos anteriores:



Tabla 2. Frases reflexivas en torno a categorías

<p>Sufrimiento emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “todos los días de mi vida estoy triste nada me hace feliz” - “hay días que uno no quiere nada, quiere escapar, pero toca salir adelante, echar pa’lante”
<p>Luchas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “por aquí estoy para contar mi experiencia, para compartir mi conocimiento, todo lo que sé, y todo lo vivido”. - “antes estaba haciendo ejercicio, ahora no puedo, pero si buscaba esos espacios de estar un poco más activa, ejercitando, dibujando, haciendo varias cosas que a su vez me ayudaron” - “he apreciado la vida, he aceptado a los demás y me acepto, esto ha sido muy favorable para mí, aunque si al principio es duro, pero hay cosas porque luchar, y esas cosas lo llevan a uno a, también luchar con la enfermedad”.
<p>Resistencias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “ya me encuentro del otro lado del charco porque ya me encuentro sana, por eso estoy muy abierta a hablar de todas las situaciones, todas las experiencias que he tenido que vivir en psicología, psiquiatría del área de salud mental y más en este país”. - “yo quisiera no decir enfermedad” - “me ha tocado tener mucha paciencia, conocer la enfermedad”. - “hoy en día puedo decir con total tranquilidad que no tengo un diagnóstico de ansiedad ni todos los que me etiquetaron, porque eso se vuelve una etiqueta, desde los 16 años”. - “gracias a esta enfermedad he apreciado la vida, esto es como una bendición porque yo muchas veces estuve hospitalizada y al comienzo es muy duro uno aceptar esto sobre todo porque uno dice, ¿a mí por qué?” ... - “yo dije no quiero nada de eso, necesito más como con quien hablar”
	<ul style="list-style-type: none"> - “es un proceso donde mis papás claramente también están involucrados” - “mi papá ya vivió una situación de estas que actualmente vive, de pronto no como antes”



Familia	<ul style="list-style-type: none"> - “de la mano estuvo mi familia y mi actual pareja”. - “todo ese sufrimiento que el cargo mucho tiempo, obviamente pues mi mamá en este momento carga con el de ambos” - “les dije algunos días tengo ideación suicida cuando las cosas me sobrepasan”.
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - “y me diagnosticó con trastorno mixto de depresión y ansiedad” ... - “decide ponerme el diagnóstico trastorno depresivo recurrente” ... - “una de las cosas que menos quería era un diagnóstico”. - “este año me diagnosticaron ansiedad, una ansiedad como generalizada”, - “de un momento a otro colapsé, me sentí que se me dormía el cuerpo, la carita, la lengua, el corazón se me aceleró a 1000, una serie de síntomas bastante raros”. - “desde los 27 años me diagnosticaron este problema de bipolar afectivo, yo tuve un problema y eso me disparó la enfermedad”.
Estigma	<ul style="list-style-type: none"> - “tampoco quería un diagnóstico porque, ay pobrecita, o, ay ella está loca, o también el tema de que mis papás me decían tú lo tienes todo, ¿porque vas a estar triste?, ¿porque te va a ir mal?”. - “ahorita está loca, ayudémosla a que no se mate”.
Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> - “es súper complicado que a uno la gente le diga tienes que estar tranquila, tranquilízate, tranquila no te sientas triste, no te sientas angustiada, y uno lo intenta, pero eso es muy jodido”. - “Que ellos pudieran entender, la razón, un poco de entender lo que estaba pasando”. - “de verdad que he tenido un apoyo, las amigas también lo aceptan a uno y lo quieren, yo trato de tener una vida alegre y contenta, ocupada” - “hay personas que escuchan y entienden el proceso que vas más allá de decirte, te voy a apoyar”



Servicios de salud	- “por parte de mi seguro médico, mi EPS he tenido un leve acompañamiento entonces no tengo la ayuda y no me voy a dejar caer, dejarme hundir en mis emociones, sino he aprendido a buscar cosas que me ayudaran”
Autoestigma	- “claramente uno se siente culpable”. - “el tema de asumirme como una persona perezosa, incluso hoy en día, o todavía con el psicólogo, yo le digo yo no sé, hasta qué punto depresión, ansiedad o pereza”
Medicamentos	- “ya no me acuerdo ni siquiera como se llama la primera pasta. Pero fue terrible, porque me acuerdo mucho que cuando compre la pasta, en la información que trae decía que puede causar ideación suicida”. - “yo no quiero tomar medicación porque yo vengo hablando desde otros discursos”.

Fuente: Elaboración propia

Si bien, para este primer encuentro no se tenía previsto dialogar más allá de los temas relacionados con la investigación, intereses y horarios, por medio de las voces de ellas se asomaron las primeras percepciones alrededor del diagnóstico, las luchas, el sufrimiento, algunas batallas perdidas, pero también ganadas. En esta conversación que surgió de ellas no se dejó de lado, el estigma y la discriminación, los cuales han marcado históricamente las enfermedades mentales y ellas, en algunos casos ya reconocían que obraban sobre sí, y en algunos otros casos, comenzaron a reconocer estos problemas por medio de la experiencia conjunta. Así mismo, se evidenció durante la conversación el autoestigma, la relación con los medicamentos, la familia, la sociedad y los servicios de salud mental.



4.2 Nube de palabras

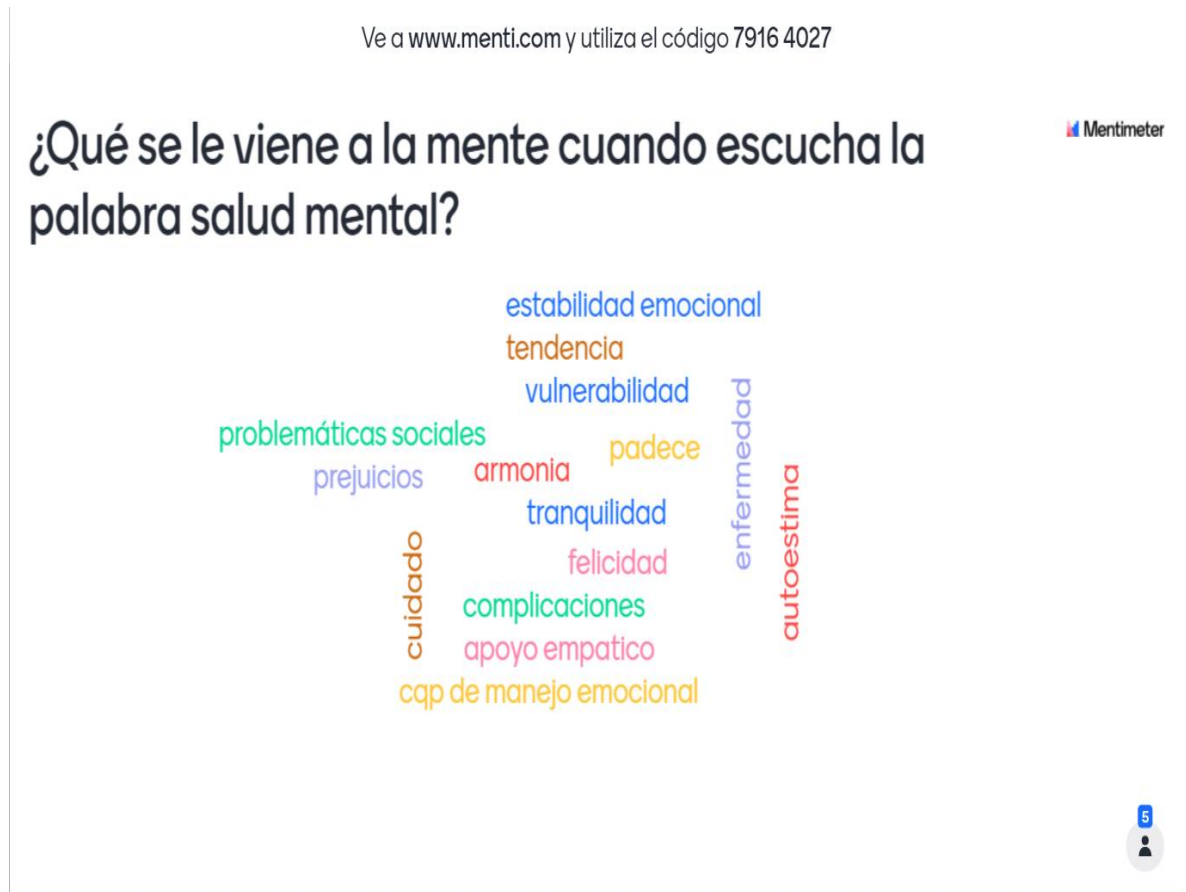
El objetivo propuesto para este segundo encuentro fue identificar los imaginarios sociales que rodean las palabras de locura y salud mental. Para posteriormente, dialogar a partir de los hallazgos teniendo en cuenta aspectos personales, familiares y sociales. Este encuentro es grabado y posteriormente se realiza la transcripción literal a texto con el fin de realizar el análisis.

Para alcanzar este objetivo se utilizó la herramienta virtual *Mentimeter*, la cual permitió crear una nube de palabras que dio apertura a la conversación y al intercambio de saberes. Se envió vía WhatsApp el enlace para que cada una de las participantes respondiera la pregunta y a medida que aparecían las respuestas en la nube se abría la conversación.

La primera pregunta fue: ¿Qué se le viene a la mente cuando escucha la palabra salud mental? frente a la cual las participantes conectaron las palabras: estabilidad emocional, tendencia, vulnerabilidad, padece, armonía, problemas sociales, prejuicios, cuidado, capacidad de manejo emocional, apoyo empático, complicaciones, felicidad, tranquilidad, autoestima, enfermedad. (ver ilustración 2).



Ilustración 2. Nube de palabras.



Fuente: elaboración a partir de Mentimeter.

Posteriormente desde sus voces las participantes emitieron sus juicios e interpretaciones de las palabras que fueron presentadas en la nube. De esas interpretaciones deseo destacar las siguientes intervenciones:

Tendencia: “la salud mental aparece en el discurso de los medios de comunicación sobre todo y se posiciona en las redes sociales como un término importante entonces siento que es una tendencia actual”. Natalia.



Estabilidad emocional: “estabilidad emocional también lo asocio con la salud mental con la capacidad, de, con el bienestar y con la capacidad de estar y existir en el mundo” Viviana.

Prejuicios: “que tiene que ver con que ahora sigue habiendo unas ideas y unos estereotipos que están asociados a la salud mental o a las enfermedades o trastornos mentales parten desde el desconocimiento y terminan creando unas ideas en el imaginario colectivo sobre las personas que tienen algún trastorno o enfermedad mental” Claudia.

Problemáticas sociales y autoestima: “siento que a nivel personal mi condición de ansiedad y otras cosas que ja ja sufro, siento que han sido los factores que han venido causando todo esto, una afectación en mi autoestima desde muy pequeña, unas problemáticas sociales, a eso hago referencia como todo el entorno que he tenido que estar, como en el entorno que he crecido y en el que todavía que me encuentro” Angélica.

Capacidad de manejo emocional: “digamos que aun sufriendo de esa condición y todo siento que en algunos momentos he podido controlarla con ayuda obviamente de profesionales y mi familia, pero también siento que eso es un punto muy importante, aprender a manejar estas emociones porque si no las aprendemos manejar no logramos realmente salir de ese hueco en el que uno está” Viviana.

Autoestima: “para mí la autoestima era muy baja, es decir que otras personas hagan con uno lo que quieran, no valorarse o decir merezco algo más, que me tengan siempre ahí y buscar espacios para mí y estar siempre en esa lucha después de que descubrí, o no, no descubrí, después de que se me disparó la enfermedad o antes la tenía, siempre me sentí, o no, no me sentía, he permanecido muy sola desde niña” Inés.



Tranquilidad, felicidad y armonía: “siempre tenemos ese concepto de enfermedad como ausencia de salud, pero para mí la salud es estar en un equilibrio por eso coloco armonía y cuando está relacionado a lo mental creo que hablo de las emociones por eso puse tranquilidad, y bueno felicidad porque me parece que es un estado donde óptimamente tendríamos una salud mental” Angélica.

Cuidado: “siento que lo primero que pienso es que la salud mental implica un cuidado conmigo misma, un cuidado de los otros hacia mí de mí hacia los otros, si me estoy relacionando con un profesional que trabaje la salud mental directamente esa persona debe tener un cuidado conmigo” Viviana.

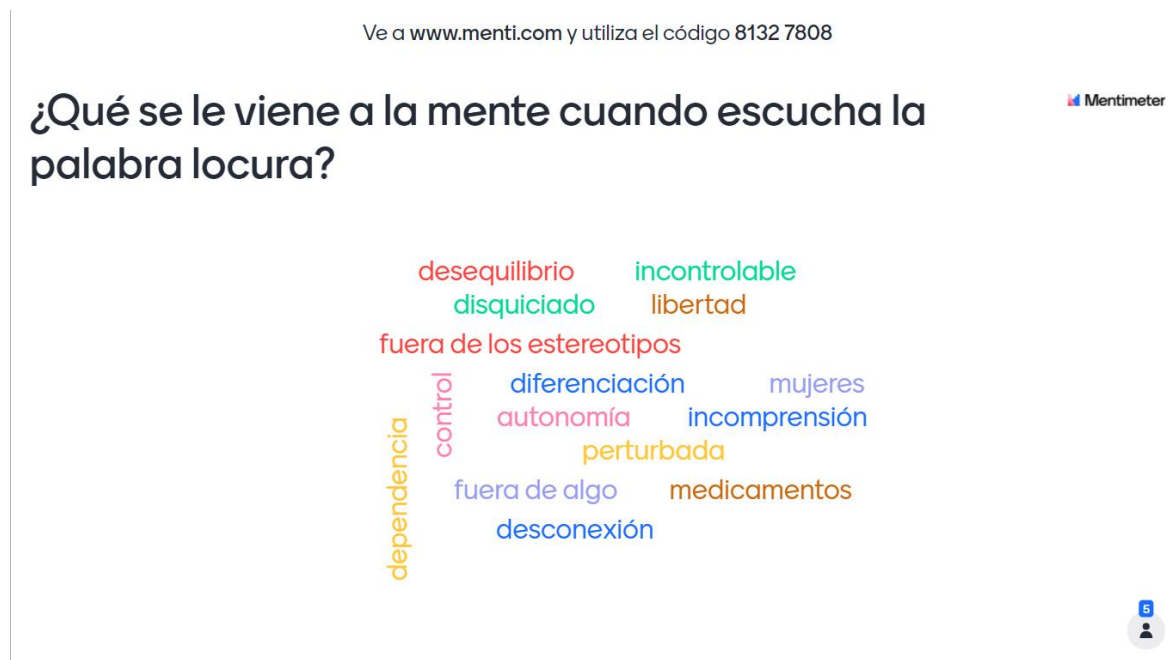
Vulnerabilidad: “pienso en la vulnerabilidad no como algo negativo sino como algo que está presente en cada una de nosotras y que, pues hace parte de la vida humana, a veces que hablamos de salud mental pensamos en lo vulnerables que somos en lo vulnerables que podemos ser en ciertas ocasiones, pero esto no tendría que ser algo más” Claudia.

Apoyo empático: “pensando principalmente en ese cuidado, en esa corresponsabilidad con el otro que es un apoyo distinto” Claudia.

Durante la conversación y el desarrollo del encuentro se pudieron evidenciar, por un lado, los imaginarios que existen frente al concepto de salud mental y cómo estos responden muchas veces a las experiencias que han tenido las mujeres tanto con el sector salud como con la sociedad. Igualmente, se destaca en sus narrativas el papel que para ellas tiene el cuidado en tanto a el cuidado de si, el cuidado de los otros, el cuidado hacia otros y también el cuidado que deben tener para con las personas diagnosticadas los profesionales de la salud que trabajan el tema de la salud mental.

La segunda pregunta fue: ¿Qué se le viene a la mente cuando escucha la palabra locura? pregunta frente a la cual las participantes relacionaron en la nube las siguientes palabras: desequilibrio, incontrolable, desquiciado, libertad, fuera de los estereotipos, diferenciación, control, dependencia, fuera de algo, desconexión, autonomía, perturbada, medicamentos, incomprensión, mujeres. (ver ilustración 3).

Ilustración 3. Nube de palabras



Fuente: elaborado a partir de Mentimeter.

Del mismo modo que en la pregunta anterior fueron surgiendo distintas apreciaciones sobre esta palabra, me permito presentar algunas de estas a continuación:

Diferenciación, autonomía y fuera de los estereotipos: “para mí la verdad cuando yo pienso en la palabra locura, de hecho, si a mí me dicen estás loca yo digo gracias o sea para mí la locura es un cumplido más que una ofensa, por el entorno en que crecí o en el que me encuentro”, “es como romper esos estereotipos”, “entre mis amigas que nos digamos locas



es como ay que linda por qué es algo más asociado a diferente, a que no somos del común a que tenemos una autonomía sobre nuestros pensamientos un criterio diferente” Viviana.

Dependencia, desequilibrio y desconexión: “referencias las palabras porque así es como la gente nos ve a veces en nuestro alrededor cuando estamos pasando por un problema de salud mental y sienten que uno no está dentro de sus cabales, dentro de lo que la gente llama ser normal, y como ya tildados de ser dependientes de ciertas cosas o de ciertas personas, que nos desconectamos totalmente de todo lo que está nuestro alrededor y nos centramos en nuestro problema bien entonces tenemos un desequilibrio total de nuestra vida nuestros pensamientos” Anita.

Mujeres: “hay un constructo social y cultural que tiene siglos de historia que asocia los comportamientos femeninos, digamos las emociones la forma de sentir de las mujeres a la locura a lo irracional a lo exagerado creo que cada época trae un matiz diferente, pero creo que es una idea que sigue más fuerte” Natalia.

Medicamentos: “porque que de todas maneras la gente usa esa palabra que alguien está loco para referirse ciertas enfermedades o trastornos mentales que eventualmente requieren además de la terapia psicológica alguna intervención psiquiátrica y ahí hay algunos medicamentos que ayudan cómo a estabilizar” Inés.

Control: “tratan de controlarte y eso” Angelica.

“Locura es como cuando tú ya no te puedes controlar sola y haces cosas incoherentes y pues ya necesitas apoyo medicamentos o de una hospitalización, pero para mí locura, mi locura es algo negativo o sea no la asocio con el positivo” Anita.



La palabra locura genera en las mujeres participantes apreciaciones que dan cuenta de su experiencia directa con el diagnóstico psiquiátrico, y el modo, en que esta palabra es asociada con la enfermedad y con la “sinrazón”. Igualmente, se evidencia en las apreciaciones que presentan las participantes la influencia de la construcción patriarcal de la locura, la cual siguiendo a García Dauder & Guzmán Martínez (2019), ha sido a lo largo del tiempo una herramienta de subordinación usada sobre las mujeres. El hecho de ser considerada loca trae consigo aspectos y factores que a lo largo de la historia han estado cargados de estigma, autoestigma y discriminación para reproducir y perpetuar discursos y prácticas hegemónicas. Uno de estos, es la “feminización de la locura”, la cual supone atribuir características femeninas a los padecimientos mentales.

Por otro lado, se cuestionó la romantización que en algunos espacios se hace de la locura. Romantización que Natalia considera que puede ser peligrosa. En sus palabras:

Me llamó la atención la idea o la romantización que hay alrededor de la locura no sé en qué momento sucedió pero creo que toda la libertad de expresión por el movimiento también artístico, está muy asociado con la locura como estamos Super locos, qué locura tan chévere o por lo menos yo soy una persona que por lo menos por mi aspecto tiene muchos tatuajes, soy calva entonces que para las mujeres no son estereotipos como normativos o muchas veces como con esa idea de tan chévere o tú eres Super loca, es algo que está muy relacionado con la libertad de expresión o como con la gente que transgrede la norma, eso sirve para transformar el sentido de la palabra darle otro peso, también creo que es peligroso romantizar y desconocer cuál es su significado, bueno se a veces se usa la palabra a la ligera, me parece chévere haberle dado otra connotación pero creo que tenga que ver más con la libertad y la autenticidad pero creo que hace parte de esa romantización que también hicimos de esa palabra para poder usarla como con temor.



Vale la pena resaltar, que cuando, como se presentó anteriormente desde teorías críticas, el término locura no se usa en el sentido que le han otorgado los discursos y las prácticas hegemónicas, sino como un concepto que está lleno de historias, de memorias de experiencias y de posibilidades de resignificación, que permite alejar a la mujer de las connotaciones de la sinrazón, de la patología o la insensatez, las cuales han conllevado a que sean reguladas y encerradas por estrategias de opresión, bajo modelos capitalistas, coloniales, de poder y de la obligatoriedad de la heteronorma como régimen político, creando una visión no patologizante, política y válida (Souza, D., 2021). Deconstruir el concepto de locura lleva a ubicar a las mujeres atravesadas por esta experiencia en lugares de agencia de sus propios procesos, como únicas dueñas de su cuerpo, de sus emociones y de su vida.

En este orden de ideas, el primero y el segundo encuentro permitieron conocer la experiencia de habitar un diagnóstico psiquiátrico y cómo éste influencia la vida y, por ende, la manera en que han modificado la forma de relacionarse con sus familias, parejas, hijos y hasta con ellas mismas. Sin embargo, y a pesar de las ideas preconcebidas con las que me acerco a ellas, empiezo a verme identificada en sus historias. Surge en mí una preocupación por dar respuesta desde mi posición de psicóloga, pero al mismo tiempo, me doy cuenta que la relación que propongo y la metodología planteada me alejan y me ubican desde otro lugar, en donde no tengo el afán de escuchar para dar respuestas sino de escuchar para explorar un camino conjuntamente a partir de una relación horizontal.

4.3 Algunos sonidos

El tercer encuentro tenía como nombre “mi canción preferida”. Días antes a este encuentro se propone por el grupo de WhatsApp elegir una canción considerada favorita para



compartirla con el resto del grupo. Esto se realiza con el objetivo de poner en diálogo los saberes y experiencias, así como las luchas y resistencias de las mujeres en relación con un diagnóstico psiquiátrico. Esta reunión no solamente permitió el encuentro entre ellas, el encuentro entre nosotras y el encuentro con nosotras, sino también permitió aproximarnos al mundo subjetivo y propició el espacio para escucharnos. Este espacio se convirtió en distintos sentires y narrativas atravesados tanto por el dolor y el sufrimiento, como por el amor, por la esperanza, por el deseo de ser felices y el encontrar en otras sororidad.

Las canciones que escuchamos esa noche, si bien algunas tenían un dejo de nostalgia, también traían esperanza y deseo de avanzar, de luchar, de resistir. Había en todo este compartir musical una invitación a seguir acompañadas en ese camino que si bien puede estar cargado de sufrimiento y dolor también impone retos y deseo de sanar.

Inés, por su parte, decidió cantar su canción. Su canto cargado de nostalgia, amor y satisfacción nos conmovió, no solamente por la letra de la canción sino por lo que nos transmitió que lejos de ser algo triste buscaba generar un deseo de avanzar, un deseo de vivir, un deseo de soltar y quitarse de encima lo que arde, lo que quema y lo que no deja caminar.

La canción fue, *Vasija de barro*. Inés nos contó el significado de esa canción para ella. Hizo énfasis en la tranquilidad que le genera el deber cumplido, y como esta letra la motiva y le hace ver la vida de otra manera. La llena, en sus palabras, de orgullo y felicidad. Le permite soñar con el convencimiento de que “lo que tenía que hacer, lo hice bien”. Canto la canción y pidió excusas por si estaba mal entonada. También nos habló de su deseo de algún día cantar en un grupo musical. Uno diferente al coro de la iglesia, en donde algunas veces ella canta. En ese momento, en ese preciso y sublime momento, no sabíamos de entonación o si sonaba mal o no, solamente escuchamos la voz de una mujer. Una mujer



adulta con la experiencia y el conocimiento que dejan los años, los hijos, la familia y la pareja.

Una experiencia que nos permitió disfrutar más allá de una canción, la vida de una mujer ¹³.

Yo quiero que a mí me entierren
Como a mis antepasados
Yo quiero que a mí me entierren
Como a mis antepasados
En el vientre oscuro y fresco
De una vasija de barro
En el vientre oscuro y fresco
De una vasija de barro
Cuando la vida se pierda
Tras de una cortina de años
Cuando la vida se pierda
Tras de una cortina de años
Vivirán a flor de tiempo
Amores y desengaños
Vivirán a flor de tiempo
Amores y desengaños

Arcilla cocida y dura
Alma de verdes collados
Arcilla cocida y dura
Alma de verdes collados
Barro y sangre de mis hombres
Sol de mis antepasados
Barro y sangre de mis hombres
Sol de mis antepasados
De ti nací y a ti vuelvo
Arcilla vaso de barro
De ti nací y a ti vuelvo
Arcilla vaso de barro
Con mi muerte yazgo en ti
A tu polvo enamorado
Con mi muerte yazgo en ti
A tu polvo enamorado.

Todas las canciones que compartimos no se diferenciaban mucho las unas de las otras, si bien estaban escritas en tiempos diferentes, en diferentes idiomas, por personas diferentes, también daban cuenta de realidades, hablaban del amor, del amor propio, de tomar decisiones.

La canción que Claudia presentó¹⁴, y como ella misma lo definió, habla de la mujer que ella ha venido construyendo. Una mujer diferente a las demás, con una visión del amor un poco más independiente alejado de los discursos del amor romántico y una mujer capaz de romper con los esquemas que la sociedad impone. Capaz de sanar, sin dejar de lado la compañía, esa que le permite así mismo tomar fuerzas, pero que si no está la vida avanza y esta mujer avanza con ella. Consciente de los retos y desafíos que la vida impone, pero con

¹³ Me permito presentar a continuación la canción que entono Inés para que el lector se haga una imagen psicológica de ella.

¹⁴ La otra-Contigo: <https://www.youtube.com/watch?v=2hrtObEhXUg>



el fiel deseo de superar obstáculos. Nos contó cómo el diagnóstico en algunos momentos de su vida la limitó y sentía que no podía avanzar. Así como su idea de un amor libre.

Por su parte, Angelica trajo una canción llamada “Mirrors”¹⁵. Nos habló de un amor romántico que también le ha permitido avanzar, no sentirse sola y superar el sufrimiento que le ha dejado habitar un diagnóstico psiquiátrico. Nos habló sobre su sueño de un amor de cuento de hadas, así como ella ve su relación actual, que en sus propias palabras la rescato de la soledad y el olvido al que ella misma se había confinado. Esta canción generó comentarios en todas quienes estábamos allí, no solamente porque era una canción más larga de lo habitual, sino también porque daba cuenta de un recorrido por la vida. Recorrido que, si bien no se trata de depender de otros, si se trata, como lo mencionaba Claudia, de caminar acompañada, pero con la seguridad de que si esto no se diera se tienen herramientas para seguir avanzando. Igualmente, ella mencionó que el diagnóstico no solamente ha limitado sueños y deseos, sino que también ha traído encuentros. Entre ellos el encuentro con su padre quien, desde hace varios años, tiene un diagnóstico psiquiátrico, el cual desde que ella fue diagnosticada *entiende y ve* de otra manera. En palabras de Angélica, “esta canción representa un comienzo en mi vida, el comienzo fue hace dos años, y ese nuevo comienzo parte de que yo venía de una relación sentimental demasiado tormentosa, uno piensa que a veces esos cuentos de hadas no existen, pero resulta que sí, eso a veces sí pasa, es real, y hay personas que llegan a tu vida de un momento otro y te la cambian”.

¹⁵ Mirrors, Justin Timberlake: https://www.youtube.com/watch?v=uuZE_IRwLNI



Viviana trajo una canción¹⁶ que para ella da cuenta de una mujer decidida y sin miedo, pero a su vez molesta con el mundo y con la vida por las veces que le impidió continuar, que sintió que su vida se estaba acabando. No obstante, con la canción también nos mostró que ya está lista para hacer realidad sus sueños, aquellos que en algún momento se vio obligada a detener, a la espera de que algo cambiara. “Esperando algo”, “esperando a alguien” o “esperando que el tiempo pasará”, o “esperando sanar”. Para Viviana la canción le mostraba que:

Estoy en mi camino, ya en este momento estoy lista, si me vas a atacar dale porque estoy lista para recibir lo que sea y tramitarlo”, igualmente resalta; “para mí eso fue algo importante cuando estuve viviendo grandes episodios de ansiedad, que todo el mundo me decía tranquila, pero no es tan sencillo, a pesar de que alguien entienda cómo se tramita todo un proceso de diagnósticos, hasta que alguien no lo vive no la va a entender y no todo el mundo lo va a hacer de la misma manera.

Viviana entiende la música como el lenguaje del alma, pues “la música desplaza el dolor y a veces permite sanar una historia”.

Anita nos *llevó* a escuchar *Is this love* de Bob Marley¹⁷. No hablo de la letra, pero sí del sonido de la canción, el cual, a ella, la transporta a “una playa”, es decir, a un lugar agradable y cálido en donde descansar. Lugar lleno de paz y color. Comentó que cada vez que escucha esta canción desea estar en otro lugar. En el lugar de sus sueños, lejos del sufrimiento, lejos de los demás, lejos del rechazo y de las obligaciones que la vida le ha impuesto. “Un lugar en donde descansar”, así lo narró. Lo que nos hizo sentir identificadas.

¹⁶ On My way, Alan Walker, Sabrina Carpenter & Farruko: <https://www.youtube.com/watch?v=CrrxfwFDVUA>

¹⁷ Is this love, Bob Marley: <https://www.youtube.com/watch?v=69RdQFDuYPI>



Nos mostró como los sonidos pueden transportarnos a otros lugares, los cuales deseamos y soñamos.

Por mi parte compartí con ellas una de mis canciones preferidas. Una melodía que me hace soñar, vivir y, también me hace desear avanzar y superar los obstáculos que me presenta la vida. Por estas razones es una canción con la que siento que es posible sanar. No me fue fácil hablar en ese momento de las emociones, sentimientos y pensamientos que me genera esa canción. Tanto mi experiencia en medio de la actividad como el ambiente que se creó entre nosotras me mostró que al igual que a mí no fue fácil para ellas hablar de su vida a través de una canción. Sin embargo, pese a esa dificultad la canción permitió abrir la experiencia de ellas y la mía, al punto que me condujo a sentirme identificada con todas ellas, me vi en todas ellas. Confirmé, una vez más, que podemos y somos más fuertes de lo que realmente pensamos, que las decisiones se toman en el ahora, que el camino, aunque oscuro, pedregoso e incierto, hay que recorrerlo, pero con “armas” que nos permitan afrontar las contingencias de la vida. Hay que recorrerlo con otras y otros. En últimas quien define el modo en que llegamos al final somos nosotras mismas.

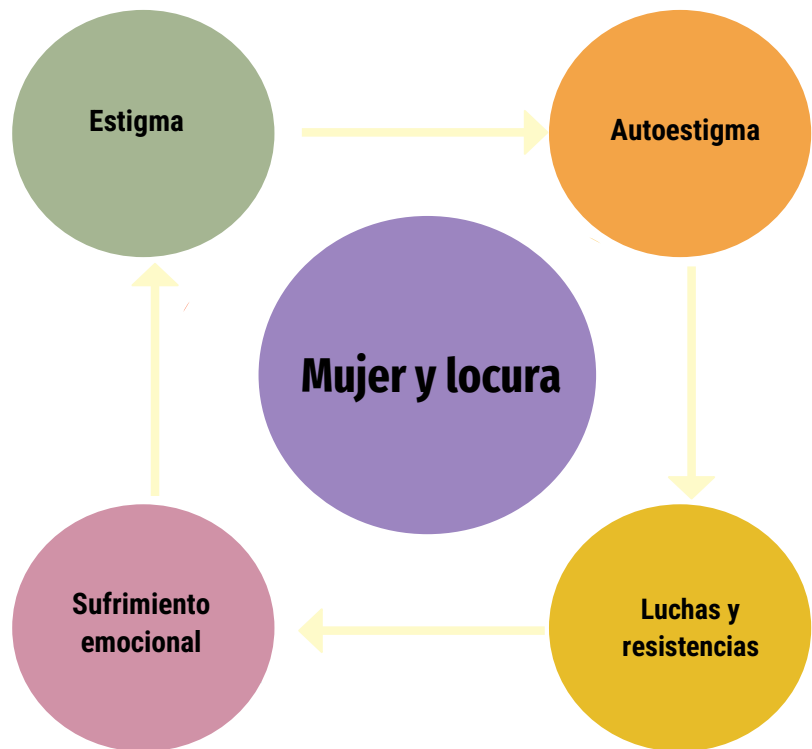
La experiencia de conversar a partir de una canción facilitó en nosotras el acercamiento, la reflexión, la interpelación y la identificación de lo que significa o significó para cada una el modo en que el diagnóstico psiquiátrico influye en sus vidas y como este definió distintos momentos de sus experiencias. Y a su vez, también llevo al fortalecimiento de herramientas personales para superar las dificultades. Esta actividad nos permitió entender la importancia de construir y sanar conjuntamente, teniendo en cuenta a la familia, pareja, amigos o personas consideradas significativas en nuestras vidas.



4. 4 Compartiendo experiencias

En el cuarto de nuestros encuentros a partir de la construcción de un relato autobiográfico corto y de libre presentación, conocemos las experiencias vividas que se relacionan con el diagnóstico psiquiátrico. Igualmente, se identificaron a partir del análisis del discurso sus luchas y resistencias a partir de la asignación de la etiqueta diagnóstica. El interés estaba puesto en abrir un espacio de reflexión y análisis de las propias experiencias situadas en rededor de la experiencia de habitar un diagnóstico psiquiátrico. De esta manera el análisis de estos relatos se hizo a la luz de las categorías establecidas (sufrimiento emocional, estigma, autoestigma, discriminación, luchas y resistencias y mujer y locura como categoría transversal). (Ver gráfica 3).

Gráfica 3. Categorías de análisis



Fuente: elaboración propia



Escucharlas, leerlas, sentirlas y compartir sus experiencias de vida que se encuentran estrechamente asociadas a un diagnóstico psiquiátrico, no solo da cuenta del camino recorrido, sino también de las luchas y las resistencias de las mujeres protagonistas de estas historias. Se evidencia cómo esta situación afecta todas las esferas de sus vidas tanto lo personal como lo familiar, lo social y lo académico. Igualmente, también es notoria la presencia del estigma, el autoestigma y la discriminación en cada una de ellas por medio de sus historias.

En lo que respecta al ámbito académico vale la pena destacar el desconocimiento, el estigma y la discriminación frente a las enfermedades mentales. Lo cual conduce, muchas veces, a la deserción, la desesperanza y el sufrimiento de quien habita un diagnóstico psiquiátrico. A este respecto, Viviana narra la experiencia de su paso por la facultad de psicología de la Universidad Nacional. Donde, después de cinco años de estar allí, se vio obligada a retirarse, ya que fue en este contexto académico donde empezaron a evidenciarse los primeros síntomas de lo que los profesionales que ella consultó denominaron “depresión”. Esta primera etiqueta diagnóstica la llevó a ausentarse en varias oportunidades de sus obligaciones estudiantiles, lo que tuvo como consecuencia tener dificultades en su proceso académico. Esta situación, según lo que ella nos narra, no fue comprendida por algunos docentes y, adicionalmente, ella no contaba con herramientas para poder hablar asertivamente y claramente sobre su proceso; debido a que, para ella misma no era muy claro lo que le estaba sucediendo, y a su vez, ello generaba que los demás tampoco entendieran sus estados y simplemente etiquetaran la situación bajo la idea de que era una “excusa para no responder”. Esta presión tanto externa que muestra claramente la figura del estigma y que también se manifiesta de manera interna evidenciando un autoestigma, la lleva a tener una

crisis profunda, lo cual la conduce finalmente a renunciar a su sueño de ser psicóloga de la Universidad Nacional. “Siempre fui invisible y me retiré por supervivencia” (Viviana).

Inés, por su parte, narró cómo su relación de pareja se fue deteriorando desde el momento en que se le etiquetó con un diagnóstico psiquiátrico. Múltiples hospitalizaciones, soledad y el silencio al que se vio sometida con el fin de mantener una familia y una vida de pareja, finalmente generaron cargas que deterioraron muchas de las esferas en que se movía su vida. Nos mostró como, después de muchos años, se “prioriza” a sí misma y decide vivir y aceptar lo que implica vivir con un diagnóstico psiquiátrico.

Angelica nos contó cómo ha sido “salvada por el amor”. Ese que la lleva a aceptar su realidad y que le genera confianza y le permite pensar en la idea de un mundo mejor. Es importante, en su discurso y en su escrito la identificación y la autocomprensión que se desarrolló en ella desde el momento en que es etiquetada con un diagnóstico psiquiátrico y tal etiqueta la lleva a empatizar con el estado mental de su padre, quien también tiene un diagnóstico psiquiátrico (TOC¹⁸). No obstante, en su narración también se evidencia la presencia del autoestigma, puesto que, para ella, tanto su padre como ella misma requieren cuidado; razón por la cual, la responsabilidad de este cuidado recae en su madre, en este punto vale la pena recalcar la relación estrecha que históricamente evidenciamos entre mujer y cuidado. Esta responsabilidad es interpretada por Angelica como un tipo de carga, pues su madre debe “soportar” tanto el peso de las crisis de su padre y de ella y, a su vez, las cargas que la cotidianidad pone sobre ella.

¹⁸ Trastorno Obsesivo Compulsivo



Anita hizo una crítica a la atención que ofrecen los profesionales de la salud en los hospitales psiquiátricos. Desde su perspectiva la prioridad de los profesionales de la salud es tener a todos los pacientes “tranquilos”. Tal prioridad por parte de ellos llevaba a Anita a sentir temor de expresar abiertamente que se sentía triste o ansiosa, debido a que no quería que la “doparan” y deseaba salir de allí con rapidez. El modo en que Anita dirige su crítica hacia la institución de la salud, la cual parte del modo en que vivencia la experiencia de ser internada en un hospital psiquiátrico pone en evidencia una de las críticas centrales que desde la teoría esta tesis quiere poner en relieve con respecto al trato estigmatizante y discriminatorio por parte de los profesionales de la salud que laboran en estas instituciones psiquiátricas, que muchas veces no reconocen la experiencia misma de estar atravesadas por la experiencia de la locura y la reducen al paradigma biomédico cuyo trato hacia las personas son los psicofármacos. Anita también nos narra el modo en que se entablan las relaciones entre ella y sus padres, quienes son sus cuidadores. Relación que muchas veces para ella no es muy cómoda y parece evidenciar autoestigma.

Claudia, por su parte, hizo referencia al impacto de los medicamentos en su cotidianidad. Muchas veces ella leía cuidadosamente las etiquetas de los medicamentos que le eran recetados y sentía angustia de que muchos de ellos podrían llegar a empeorar sus síntomas y ser perjudiciales, esta actitud que toma Claudia revela lo que desde los activismos locos se denomina expertos por experiencia. Claudia era la mayor experta sobre su enfermedad en tanto era quien sentía en primera persona toda la experiencia. Desde este saber interpeló distintas veces a los profesionales que la atendían tratando de mostrarles la angustia de que se empeorara su estado debido a los medicamentos, sin embargo, según nos contaba ella, las respuestas nunca eran satisfactorias, los profesionales se limitaban a decirle que eso



era una posibilidad y que en caso de que ocurriera simplemente reemplazarían el medicamento. Vemos en este conflicto entre el saber experiencial de Claudia y el saber experto y académico de los profesionales un reflejo de la lucha que desde las últimas décadas se ha venido gestando desde distintos movimientos por visibilizar y reconocer al individuo que experimenta un diagnóstico psiquiátrico como fuente de conocimiento sobre su enfermedad contra un paradigma hegemónico de carácter biomédico que se limita a la psicofarmacología. Este conflicto muestra la importancia que cobra el visibilizar nociones como estigma y discriminación en la práctica clínica. Adicionalmente, Claudia también narra el modo en que la falta de comprensión por parte de algunos familiares, amigos y compañeros ha derivado en crisis agudas, experiencia en la que se observa el modo en que se mueve el estigma y el autoestigma en la experiencia de Claudia.

Yeimy escribió sobre la experiencia de sufrir depresión. Como ella misma lo llama, haciendo referencia a la profunda tristeza a la que ella no le encuentra explicación alguna, y la lleva a sentir una falta de deseo de continuar la vida, al llanto y a la decepción. Este estado emocional la condujo a poner sus esperanzas en un psicofármaco, que de acuerdo con las indicaciones médicas le podía ayudar a mejorar esta situación. Sin embargo, al final del día, como lo narra Yeimy, aun cuando tomara sus medicamentos se “sentía derrotada”. Todo este estado emocional atravesaba su vida laboral, social y familiar y también atravesaba su cuerpo; “me dolía todo, hasta el pelo, algunas veces me sentía temblorosa, sin aliento, a punto de desmayarme”. En el modo en el que Yeimy narra su historia y los sucesos que la recorren muestran de manera latente eso que hemos denominado la experiencia del sufrimiento emocional. Las experiencias de Yeimy derivadas de la etiqueta diagnóstica nos muestran que



estar atravesada por la experiencia de la locura está íntimamente relacionada con una experiencia personal del sufrimiento emocional.

Por su parte, Natalia se preguntaba “¿dónde terminaba mi fascinante e intensa personalidad y comenzaba la manifestación de una enfermedad?”. Enfermedad que Natalia prefiere llamar condición, puesto que desde su saber experiencial ella ni se siente ni se considera una mujer enferma. El dolor y el sufrimiento que la atraviesa ha sido para ella una “consecuencia inherente del proceso mismo del descubrimiento propio y entre más desconexión exista con una misma, su historia, su cuerpo, sus dolores, sus miedos, sus deseos y necesidades, más confuso y difícil resulta gestionar las emociones que se desbordan cuando se está en una situación que detona el diagnóstico”. Para Natalia la verdadera belleza está en su personalidad, esa que la lleva a entender, aceptar y buscar la sanidad, que como ella lo asegura no es el destino, sino el camino. Natalia demuestra tal vez la mayor conciencia narrativa de su propia “condición”. En ella es claro que hace presencia un saber por experiencia que la ha hecho dueña de su propia enfermedad, al punto que nos muestra que sus luchas y resistencias frente a la etiqueta diagnóstica han logrado contraponerse a la lógica del pensamiento biomédico, en el cual la enferma mental está incapacitada para adueñarse de sí misma, de sus acciones, sentimientos y pensamientos. Natalia ha usado su propia experiencia como un modo de adueñarse de sí misma.

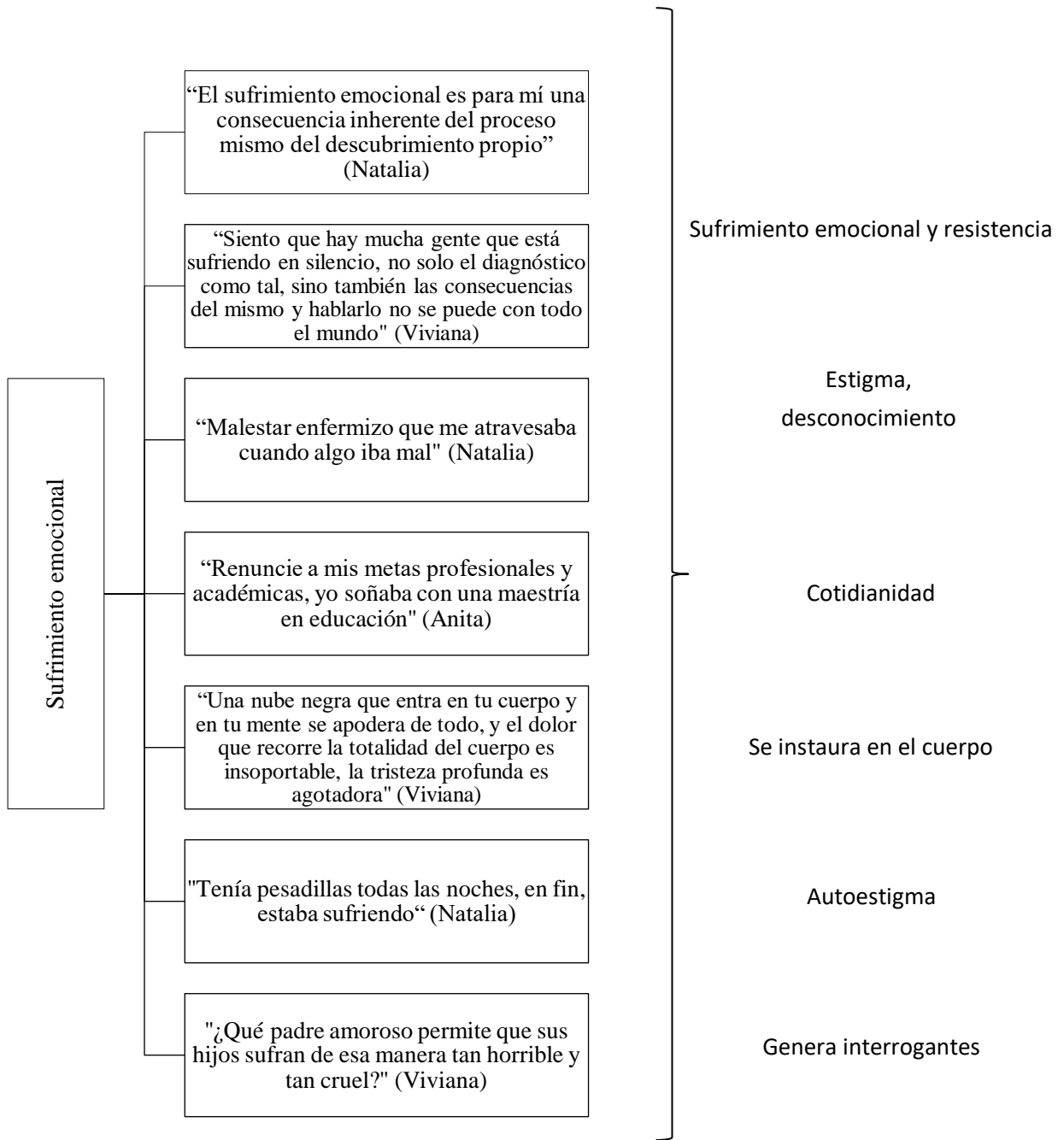
A continuación, presento algunas de las afirmaciones autorreflexivas que se mostraron en cada uno de los relatos, con el fin de evidenciar la manera en la que se convive con la etiqueta diagnóstica, el sufrimiento emocional, el estigma, autoestigma y la discriminación, así como también las luchas y resistencias que han afrontado durante el



tiempo en que han habitado esta experiencia. Información que se analizó a la luz de las categorías propuestas. De esta manera la siguiente gráfica da cuenta de fragmentos extraídos de los relatos autobiográficos y de las conversaciones de acuerdo a la definición teórica de la categoría de análisis establecida específicamente lo relacionado con sufrimiento emocional. En donde se puede ver cómo el sufrimiento emocional es también una experiencia corporal que se relaciona, con el estigma, el autoestigma, la renuncia o prolongación de algunas metas o proyectos, con las resistencias que se asumen para afrontar situaciones de dolor, el *dolor de la locura* que atraviesa todas las esferas de la cotidianidad, y que también pone en evidencia interrogantes frente al dolor que atraviesa la experiencia de habitar un diagnóstico psiquiátrico (ver gráfica 4).



Gráfica 4. Apartados de relatos en relación a la categoría sufrimiento emocional



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, en lo que respecta al estigma y autoestigma identificados se presentan a continuación fragmentos extraídos de los relatos autobiográficos y de las conversaciones durante los encuentros, teniendo en cuenta esta categoría de análisis. Estos fragmentos dan cuenta de la presencia del estigma y autoestigma en el ámbito familiar, el académico, el laboral, el social y en el sector salud (ver gráfica 5).

Gráfica 5. Estigma, autoestigma y discriminación

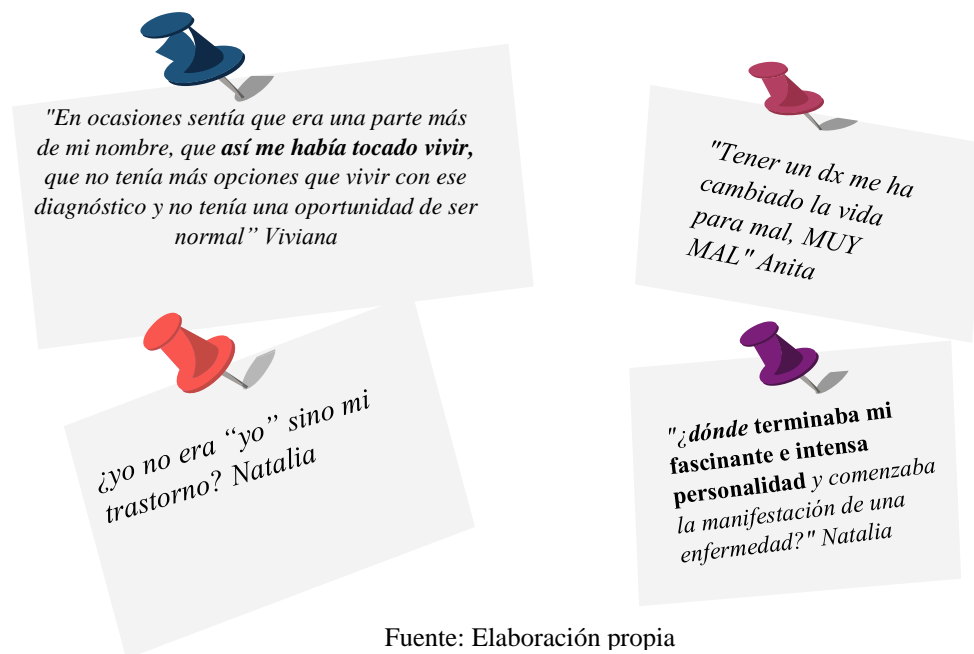


Fuente: Elaboración propia



Por su parte, lo que respecta a la relación con el diagnóstico, es reiterativo desde sus relatos como este marca la vida de quienes están atravesadas por esta experiencia en el sentido en que se desdibuja la mujer y queda su enunciación a una categoría, Vemos como Anita manifiesta que su vida ha cambiado “para mal MUY MAL”, por su parte Natalia expresa como en ocasiones no era ella sino su diagnóstico, como si este absorbiera su vida por instantes, en donde se preguntaba hasta donde iba su personalidad y en donde empezaba la manifestación de un diagnóstico, de la misma manera Viviana manifiesta como el diagnóstico algunas veces era una parte más de su nombre, que estaba resignada a vivir de esa manera sin oportunidad de volver a ser ella. Estos pensamientos o ideas hacia sí mismas surgen a partir de la experiencia y la relación que se establece con el diagnóstico, si bien estas no se perpetúan en el tiempo si afectan su cotidianidad y la continuación o diseño de metas y proyectos. La siguiente gráfica, da cuenta desde sus voces lo que ocurre en sus vidas una vez son atravesadas por la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico (ver gráfica 6).

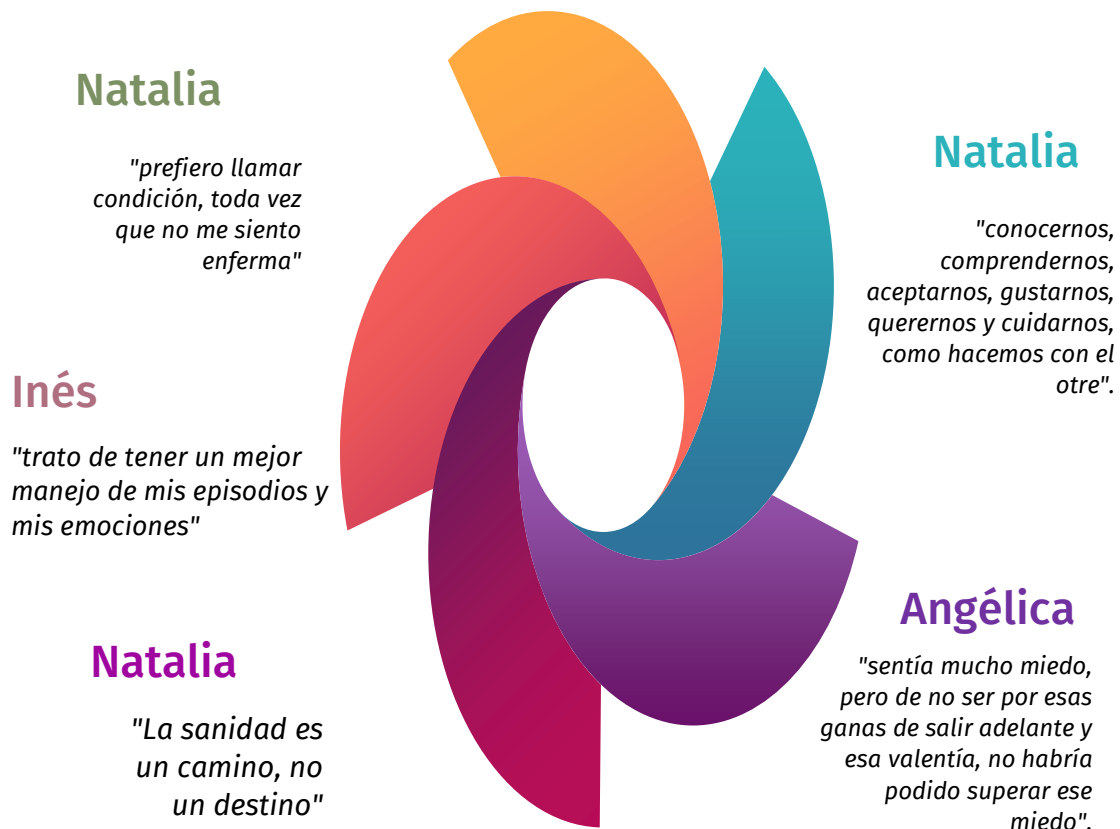
Gráfica 6. Sentires a partir del diagnóstico



Fuente: Elaboración propia

La vida de las mujeres una vez son diagnosticadas si bien ha estado cargada de sufrimiento emocional, estigma, autoestigma y discriminación, también está llena de luchas y resistencias que han hecho que el camino sea menos difícil de recorrer, ha permitido avanzar, conocer, aprender y desaprender, de esta manera la gráfica 7 muestra desde sus voces estas resistencias.

Gráfica 7. Voces de resistencias



Fuente: Elaboración propia



Todas coinciden en el sufrimiento que conlleva habitar un diagnóstico psiquiátrico aceptarlo, o no, hacerse a la idea de que se debe seguir un tratamiento, realizar cambios en sus rutinas, levantarse cada día aún sin ganas de querer hacerlo, responder a las exigencias de la vida, de la sociedad, de una sociedad que impone formas de pensar, actuar y sentir sobre todo a las mujeres, no es una tarea fácil. Sin embargo, el conocimiento de ellas mismas ha permitido avanzar, detenerse, pensar, llorar, reír, pero lo más importante resistir y luchar.

Como se ha podido evidenciar a lo largo de los encuentros de este viaje, la experiencia de la locura está atravesada por expresiones sociales que buscan determinar la vida de las mujeres que están siendo afectadas por un diagnóstico psiquiátrico. Esta búsqueda de determinación social se evidencia en el uso de etiquetas como la depresión, la ansiedad o el trastorno bipolar, entre muchos otros, por los cuales han transitado estas mujeres, y que dan cuenta del dolor y el sufrimiento que experimentan o han experimentado en su cotidianidad.

“Siento que hay mucha gente que está sufriendo en silencio, no solo el diagnóstico como tal, sino también las consecuencias de este” (Viviana).

Todo lo anterior nos muestra que cuando la locura es entendida como enfermedad o patología mental está asociada con un faltante psicológico en la persona y, también, con una forma desviada de percibir el mundo. Lo cual, en palabras de Castro (2020), se aleja de la experiencia de las mujeres con esta condición y por supuesto del sufrimiento psíquico. A esto se le suma que las intervenciones y el abordaje diagnóstico y terapéutico se desarrollan de una manera independiente a las relaciones interpersonales y a la producción de la subjetividad de quienes están atravesadas por la experiencia de la locura. Prácticas que se sostienen en discursos hegemónicos de carácter biomédico sobre la salud mental, que llevan a cosificar el



sufrimiento psíquico de las mujeres portadoras de un diagnóstico psiquiátrico y a la individualización de los problemas sociales, además tiene como consecuencia la medicalización y la psico patologización de la vida (Stolkiner, A., 2013).

Es así como la experiencia de la locura, en las voces de las mujeres que participaron en este proceso, es una experiencia dolorosa que nos llevó a lo largo de nuestros encuentros a pensar y reflexionar sobre el sufrimiento que genera vivir con la etiqueta de un diagnóstico psiquiátrico. Esta experiencia de ser etiquetadas, en algunas ocasiones, es algo que se lleva en silencio; y aún si no fuera así y se hablase de ella, solo revela el sufrimiento, el cual de acuerdo con Levinas, se entiende como el padecer que se interpreta a través de un mal al que las mujeres se ven enfrentadas y se asocia, además, a una cárcel, a un encierro o a una no libertad. En la foto 2 se muestra la asociación del diagnóstico psiquiátrico con el encarcelamiento manifestado por varias participantes y queda plasmado a partir de la propuesta en el grupo de incluir en este documento algunos dibujos que fueran realizados por ellas, en cualquier momento de sus vidas y que representaran ideas, pensamientos o emociones significativas. Es así, como Anita realiza y comparte el siguiente dibujo, al cual le pone como nombre “mi diagnóstico es como una cárcel”, en donde aparecen sus padres, la red de apoyo que ella identifica, las actividades que le gusta realizar como hacer deporte, nadar, estudiar y a Dios representado en el arco iris. Se puede identificar no solo en su dibujo sino también en la descripción que hace de él la importancia que le da a su grupo de apoyo y el acompañamiento de algunas personas, como amigos o familia han estado con ella. (ver foto 3).

Foto 3." Mi diagnóstico, es como una cárcel”



Fuente: Elaboración de Anita 2022

Vemos cómo el diagnóstico psiquiátrico se convierte en un mal, una esclavitud frente a un hecho que cambia la vida de las mujeres atravesadas por esta experiencia, en palabras de Anita: “Yo en medio de mi trance pensaba que estaba en una cárcel” y en palabras de Natalia “El diagnóstico es tan cárcel como libertad”, estas mujeres han estado sujetas a las clasificaciones diagnósticas, de los discursos y las prácticas biomédicas, amarradas a una forma de vivir, a un “vivir así”, en donde el diagnóstico es una forma de ser y de vivir con la etiqueta que explica la anormalidad y la normalidad de las emociones y de los pensamientos. Cada palabra, cada letra, cada canción, cada encuentro lleva a realizar una reflexión frente al sufrimiento que hay detrás de las etiquetas, de los diagnósticos psiquiátricos, al “dolor de la locura”. Esa locura que arranca, en este caso, a las mujeres de la sociedad.



“una nube negra que entra en tu cuerpo y en tu mente se apodera de todo, y el dolor que recorre la totalidad del cuerpo es insoportable, la tristeza profunda es agotadora” (Viviana)

“entender el dolor por mucho que duela” (Viviana)

” ya de por si uno siente que carga un bulto de piedra con el diagnóstico” (Viviana)

Las experiencias narradas por estas mujeres dan cuenta del dolor y el sufrimiento que viven o que han vivido en su cotidianidad. “Vivir en la locura es la vivencia de la crisis sintomática, a diferencia de vivir la locura, que no es más que la vivencia cotidiana a la luz de un diagnóstico psiquiátrico que funciona socialmente como una especie de identidad desgarradora”(Castro, 2020 .59).

“Se le olvido darme un diagnóstico, yo estaba feliz con eso, de hecho, yo una de las cosas que menos quería era un diagnóstico” (Claudia).

“Aceptar el diagnóstico, el decir, ay si tengo depresión, y todos estos años encajo en un diagnóstico, no me gusta pensar desde allí” (Claudia).

Las narrativas y voces de las mujeres que compartieron este viaje nos han revelado que las prácticas y los discursos derivados del modelo hegemónico han impuesto a las mujeres una forma de ser, de pensar y de sentir que no solamente reduce las opciones para buscar ayuda, para sanar, sino también las ubica en el lado de la opresión.

“Estar bien adaptado a un status quo, lejos de aliviar, preocupa” (Natalia).

“Nunca más locas por alguien más, locas solo por nosotras” (Natalia).

“Se cuenta un poco de esa historia clínica que parece ser algo que te definiera” (Viviana).

“Se nota en la cara de los médicos como asocian cualquier cosa que te pasa con el diagnóstico” (Viviana).



“Todo se resume en tener la suerte o la fortuna de encontrar alguien que te ayude a sanar, y hacerlo parece en ocasiones una cuestión de azar” (Viviana).

“Para eso simplemente está el psiquiatra, y él, solo médica” (Angelica).

Por otra parte, como lo menciona Foucault, la medicalización de la locura influye en el sufrimiento del “loco”, teniendo en cuenta que, su definición desde la psiquiatría y la psicología los ubica frente a enfermedades y no a experiencias de la locura. Lo que se ve reflejado en el discurso de las mujeres participantes, como se observa en la historia de Claudia y Anita. De esta manera, los efectos de los medicamentos, que, en algunas ocasiones, las obliga a cambiar hábitos, les genera confusión y la conduce a sentir que dejan de ser ellas mismas. Lo que se debe a que sus emociones están moduladas por un psicofármaco. Sin embargo, y a pesar de estas consecuencias, el hacerse cargo de sus medicamentos y poder comentarlo con el médico tratante las lleva, como se mencionó anteriormente a agenciarse y a ser dueñas de su proceso.

“Fui una persona que cualquier medicamento no aceptaba, es decir todo lo que me daban no me hacía bien, fue algo muy a largo plazo para poderme adaptar a un medicamento” (Inés).

“Yo seguí sobreviviendo sin medicación y sin acompañamiento psicológico (Viviana).

“Estaba demasiado medicada que ni podía coordinar los pasos” (Anita).

“Y cuando el cuerpo no acepta medicamentos, y hasta que lo nivelan con medicamentos, y cuando le dan a uno un medicamento que le empeora” (Inés).

“Porque me acuerdo mucho que cuando compre la pasta, en la información que trae decía que puede causar ideación suicida, y yo Dios mío, qué carajo” (Claudia).

“La segunda cita que fue hace un mes yo le comenté eso y me cambió el medicamento” (Claudia).



“Entonces le pedí que, si me lo podía tomar en la tarde y dijo que si, digamos que no ha sido tan chocante tan horrible porque bueno no solo me mando medicamento, sino que me mandó a leer un libro” (Claudia).

Con respecto al estigma, el autoestigma y la discriminación vemos que estos fenómenos están presentes en las experiencias narradas, debido a que muchas experiencias significativas al momento de comprender la propia experiencia de ser atravesadas por un diagnóstico psiquiátrico se derivan de la etiqueta diagnóstica. Fenómenos que son la consecuencia directa del imaginario social hegemónico que actúa sobre la enfermedad mental. En palabras de las mujeres participantes se manifiesta de la siguiente manera:

“Pienso que la gente lo asocia con una persona que no sabe manejar emociones” (Anita).

“Hay personas que las hacen a un lado, las critican, pero no saben qué es lo que tienen” (Angelica).

“Sí, de repente uno debe tener ciertos cuidados, pero se pasan al otro lado y lo que hacen es limitarte” (Viviana).

“Y te dicen no, no ande, entonces como que es complicado, siento yo, que eso hace parte también un poco, no sé si de los cuidados médicos, pero también un poco como de la estigmatización, que ayuda a que la gente diga cómo, ya no hay que decirle nada” (Viviana).

“No le cuenten porque de pronto le da ansiedad, y uno dice ay, pero tampoco soy” (Viviana).

Vale la pena resaltar que el estigma es un lenguaje de relaciones y no de atributos, lo cual supone que hace parte de una trama social en donde no se hace referencia a individuos o personas concretas, sino a procesos de roles en donde cada uno participa desde su lugar de enunciación. Siguiendo a Goffman, por un lado, están quienes son considerados normales pues no se aíslan de manera negativa de las expectativas y, por otro lado, quienes son



estigmatizados, que no representan personas sino perspectivas. De esta manera, y de acuerdo con Stolkiner (2009), las enfermedades son juicios, son construcciones sociales que se emiten. Por ello indican que antes de que exista o aparezca un comportamiento etiquetado por la sociedad o la medicina como “anormal”, aparece primero el proceso de definición social de este comportamiento “anormal”. Si bien, históricamente, lo que se ha considerado anormal o estigmatizado ha variado, no se puede desconocer la imposición de control social a los mismos, un control social que involucra encierro, aislamiento, imposición de tratamientos y sometimiento a medicaciones; los cuales, bajo el discurso de la humanización, son avalados y reproducidos.

Es latente que, en los discursos narrados desde la experiencia, la estigmatización supone una barrera sociocultural. La cual, a su vez, produce una violación de los Derechos fundamentales y se materializa en comportamientos y prácticas de marginalización y exclusión las cuales dan cuenta de la discriminación. Tales prácticas de discriminación limitan las posibilidades de participar en distintos espacios sociales, de decidir sobre sus vidas, sobre sus cuerpos, sobre su cotidianidad, lo cual obedece a los supuestos de que pueden hacerse daño, de que algo les puede pasar o de que no se encuentran en condiciones de tomar decisiones por ellas o por otras personas. Este estigma no solo deviene de seres cercanos, amigos o familiares, sino también de los profesionales de la salud mental.

“La estigmatización médica, porque yo también cuando estaba recién empezando el tratamiento le decían a mi esposo que no se mueva, que esté tranquila, ningún susto, sobresalto” (Viviana).



“Y eso colabora mucho a que la familia también mientras consideren que tu estas enfermo, o te sobreprotegen o vayan al punto que te inutilizan” (Angelica).

De esta manera, como ya se ha mencionado, la tarea de deconstruir el estigma, en tanto es un generador de sufrimiento, se centra en una co-labor para y con la sociedad. Es la sociedad la que está llamada a aceptar todo lo definido como diferente, salido de la norma y los estereotipos. La idea no es cambiar para ser aceptadas, no es avergonzarse de sí mismas o de los otros que no son considerados “normales”, ni mucho menos comprometerse tratando ocultar una condición.

Es claro que el autoestigma, el cual se evidencio a lo largo de este proceso, disminuye la confianza para alcanzar metas, sueños y actuar de acuerdo a sus propias expectativas y, a su vez, genera un daño que va más allá de lo emocional, traduciéndose en comportamientos que muchas veces impiden buscar o recibir ayuda para sanar.

"Un día le pregunte a mi mamá que si no sentía vergüenza de mí " (Claudia).

"Uno no puede trabajar" (Anita).

"Siento que soy una deshonra para ellos" (Anita).

“Siento que soy la amiga tóxica es decir la que siempre está mal o con problemas" (Anita).

"Me avergüenza mucho, pienso que la gente lo asocia con locura, loqueras o una persona que no sabe manejar emociones" (Inés).

“Pero si tengo un Dx mental tendrían que tratarme diferente” (Anita).

4.5 Caminata

Salir de caminata no solo nos lleva a otro lugar, nos lleva también a pensar, a descubrir otros caminos, a un encuentro con nosotras, con nuestro entorno, a ser conscientes



de nuestros cuerpos. Por esta razón, y teniendo en cuenta mi experiencia con el modelaje y la pasarela, y como esta me llevo a reflexionar y reivindicarme conmigo misma, con mi cuerpo y con mi esencia, comparto e invito al grupo de mujeres a participar en una de las clases de la agencia de modelos a la cual asisto desde hace algún tiempo. Un espacio propuesto no solamente para encontrarnos de manera presencial, sino también de encontrarnos con nuestros cuerpos de “resignificar nuestros cuerpos”, como lo mencionó viviana en el momento de hacer la invitación.

Esta invitación genero sorpresa, pero también curiosidad. Surgieron preguntas, comentarios, relacionados con si serian vistas por otras personas, aceptadas por otras participantes, ropa que deberían usar, si contarle o no a la familia, si sus cuerpos serían los indicados o “adecuados” para participar en un espacio como estos. Pese a todas estas dudas y con ellas aceptaron participar y asistir. Cabe anotar que en el marco de la pandemia por Covid-19, esta investigación se planteó en su totalidad de manera virtual, sin embargo, la idea de generar otras formas de encuentros presenciales siempre estuvo presente, razón por la que compartir nosotras un escenario diferente al remoto se volvió excusa para este encuentro en medio de los protocolos de bioseguridad.

Finalmente, el día de nuestro encuentro llegaron muy puntuales Inés y Anita, las demás compañeras se excusaron. El encuentro arranca con la presentación de Inés y Anita al preparador que dirigía la clase, quien menciona como será el desarrollo de la misma haciendo énfasis en que el objetivo de ser modelo o participar en clases de modelaje no es “empoderar” a una mujer, ya que eso es algo que se consigue a partir de “tener claridad de que es lo que se quiere, se desea y como proyectamos eso mismo, como salimos al mundo”.



Este encuentro estuvo cargado de muchas emociones expresadas por Inés y Anita en donde el miedo a ser vistas por otras personas, a que sus cuerpos no correspondieran, según ellas, a los cuerpos de una “modelo” parecía invadir el espacio. Miedo que fue desapareciendo a medida que avanzaba su paso por la pasarela y recibían las indicaciones del instructor. En principio Anita no se quería quitar la chaqueta, según ella, porque se le veía mucho más de lo que estaba dispuesta a mostrar y con lo que la hacía sentir cómoda. Inés, en un momento de la sesión, tomo la decisión y a su vez expreso que prefería disfrutar el momento. Deseaba disfrutar algo que no había hecho nunca y “porque no hacerlo”. Comentó que pensaba en sus hijos, en lo que ellos podrían pensar de su mamá al estar en estos espacios. El instructor fue dando poco a poco, como es costumbre en las clases, pequeñas recomendaciones; esta vez, relacionadas con la postura, no solamente al caminar en una pasarela sino también en otros espacios. Llamo la atención sobre todo de Anita cuando insistía en “caminar siempre mirando al frente y con la frente en alto” a “comerse el mundo”. Expresión que días después fue comentada por Anita en el grupo de WhatsApp, cuando les pregunte sobre cómo se encontraban y su respuesta fue; “caminando y mirando al frente”. Tuvimos un espacio para tomarnos fotos y poder conversar sobre esta experiencia, la cual una vez finalizó no se hicieron esperar los comentarios por parte de Inés y Anita; quienes manifestaron sentirse cómodas a pesar de que no fue fácil empezar. Un espacio en donde finalmente “fuimos nosotras mismas”.

Este encuentro permitió compartir la experiencia del modelaje como una forma de resistencia hacia los estereotipos impuestos de belleza, salud, cordura, entre otros, que enfrentamos las mujeres en nuestra cotidianidad. Inés y Anita expresaron emociones que surgieron a partir de este encuentro con el resto de las mujeres del grupo a quienes se les

enviaron las fotos tomadas durante esta clase. Como menciona Viviana esta experiencia permitió “resignificar la imagen que uno tiene de sí mismo”.

Foto 4. Clase de modelaje



Fuente: Archivo fotográfico de la investigación. Diciembre de 2021



Cada encuentro, cada diálogo, cada reflexión, cada vez que nos encontramos unas en otras o con nosotras mismas fue una oportunidad para descubrir, para conectarnos, para sanar, que, si bien el camino no está finalizado por lo menos, el que falta por recorrer está acompañado o con la esperanza de que así será y esa compañía más allá de ser física, es una compañía que abraza, que entiende, que ríe, que llora, que sufre, pero que también que se levanta y continúa el camino. Continuar incluso si no sabemos cuándo, no sabemos cómo, solo con la certeza de que este camino nos lleva a dónde queremos estar y cómo queremos estar entre la locura y la cordura, entre la razón y la sin razón, pero siempre acompañadas.

El camino recorrido dio cuenta de las luchas y las resistencias de las mujeres. Las cuales interpelan las raíces estructurales que afectan el bienestar emocional y se cimentan como una forma de reivindicación y de reconocimiento de las experiencias vitales. De lo cual debemos tener en cuenta que no se trata solo de un proceso individual sino también social y colectivo. Es así como estas luchas y resistencias aparecen como una forma de visibilizar lo que las mujeres, desde sus voces, viven y experimentan y, a su vez, la necesidad de decidir sobre sus propias vidas, sobre su propio cuerpo, sobre su presente y sobre su futuro; generando transformaciones internas de la propia subjetividad, caminando hacia las mujeres que quieren ser. Se trata como lo afirmamos teóricamente pero que ahora lo vemos a través de la experiencia de estas mujeres de sanar, de sanar en común, lo cual implica que las sociedades escuchen las voces con la historia que tienen que contar quienes enloquecen.

“Estar bien adaptado a esta sociedad no es, en definitiva, un buen síntoma, ser funcional en medio de las lógicas de violencia, opresión y egoísmo que impone el sistema patriarcal en el que existimos no debiera tampoco significar un gran alivio, y si, al contrario, un llamado de atención. Es fácil confundir lo que es normal con lo que está bien, y no me refiero al bien en una escala moral sino

en una funcional, el bienestar en medio de tanto malestar, no es bienestar real, sino ficcionado, inventado, acomodado a conveniencia, ¿de quién?, no lo sé, pero ciertamente, no de nosotras”. (Natalia).

“Tener los ojos abiertos es el precio que una paga por estar despierta” (Natalia).

“Es mi esfuerzo por entenderla, aceptarla e integrarla donde habita la verdadera belleza de mi personalidad” (Natalia).

“Todo se resume en tener la suerte o la fortuna de encontrar alguien que te ayude a sanar, y hacerlo parece en ocasiones una cuestión de azar” (Viviana).

“Cada cosa que he vivido me ha permitido madurar y poder avanzar” (Viviana).

“Me gusta apreciar la vida y vivir cada día como si fuera el último, y tratar de no volver a caer en error” (Inés).

“Cosas con las que definitivamente no quiero, ni debo cargar porque me limitan” (Angelica).

“Aunque claro uno tiene sueños, esperanzas y todo un poco, yo todavía sueño, con muchas cosas bellas” (Inés).

“Yo digo soy una persona muy diferente de todos también, aceptémonos, disfrutar el momento” (Anita).

“Estoy en mi camino, ya en este momento estoy lista, si me vas a atacar dale porque estoy lista para recibir lo que sea y tramitarlo, estoy en mi camino y ya estoy lista para hacer las cosas” (Viviana).

“Cuando yo entendí que la ansiedad, mi ansiedad no era un diagnóstico que me definiera y empecé a transitar un poco de donde venia ese temor y caer en cuenta” (Viviana).

“Darnos un poco la guía el por donde arrancar, saber que debo ordenar, sanar y no repetir o reparar” (Viviana).



Por otro lado, en lo que respecta a la reivindicación, siguiendo a García Dauder & Guzmán Martínez (2019), esta implica traer lo político al terreno de las experiencias personales, explicar el malestar y el sufrimiento que dan cuenta, entre otras cosas, de la subordinación de las mujeres en términos estructurales. La construcción de un nosotras en donde exista una relación entre cada mujer y las mujeres, teniendo en cuenta que la mejoría de las condiciones de vida solo puede lograrse en común.

“En este trasegar de reconocimiento y despertar de la conciencia, no busco evitar el sufrimiento emocional” (Natalia).

“Procuro no romantizar la idea de ser única o especial, ni caigo en la trampa de... ‘tú no eres como las demás’ que usa el sistema machista y patriarcal que habitamos como una estrategia para fomentar la rivalidad entre nosotras, todas lo somos, tengamos o no diagnósticos que atraviesan nuestra experiencia vital” (Claudia).

“La sanidad es un camino, no un destino” (Natalia).

Finalmente, es importante señalar que las historias de las mujeres que han sido diagnosticadas psiquiátricamente están cargadas de lo que significa “vivir diagnosticada”. De esta manera, uno de los primeros aspectos que aparece en sus discursos es la nominación diagnóstica, lo que Castro (2020) llama, el “bautismo diagnóstico”. Ese que se da al iniciar la relación médico-paciente y que está relacionado con la clasificación de los signos y síntomas de acuerdo a los manuales diagnósticos. Sin embargo, el efecto que tiene esta nominación y el simbolismo del saber experto cuando dice que tiene este u otro diagnóstico posee una relevancia en la experiencia de las mujeres la cual se vincula con la forma en la que se traduce esto en la vida.



“Busque en internet y decía que la gente se suicidaba y lo que guarde en mi mente fue: es posible que yo me intente suicidar, aunque nunca lo había pensado antes yo asocio: si soy bipolar automáticamente me puedo suicidar” (Anita).

“A veces nosotros nos acomodamos un poco también al diagnóstico y lo hacemos parte de nosotros” (Viviana).

“Cuando el psicólogo finalmente me dice el diagnóstico para poderse lo decir al psiquiatra, me sorprendió mucho el tema de la ansiedad, porque yo decía, uy tengo depresión, listo, pero ansiedad” (Claudia).

“Ella comenzó a hacerme preguntas sobre cosas muy específicas, y yo dije yo sé por dónde va el agua al molino, me está diagnosticando, utilizó palabras muy complejas” (Claudia).

“Se nota en la cara de los médicos como asocia cualquier cosa que te pasa con el diagnóstico” (Anita).

En este orden de ideas, existe una narrativa asociada a lo que significa estar diagnosticada y además transitar por más de un diagnóstico. Algunas de las mujeres participantes han pasado por hasta 5 diagnósticos psiquiátricos desde el momento inicial en que empezó el recorrido por los dispositivos y servicios de salud mental. Inés, por ejemplo, lleva más de 30 años transitando una nominación psiquiátrica. Etiquetas que como ya se ha mencionado antes están cargadas de emociones, estigma, autoestigma y discriminación. Estas situaciones, siguiendo a Castro (2020), están marcadas por una relación conflictiva con la enfermedad en donde el sufrimiento no solo emocional sino también físico se convierte en una marca, en una característica que define la experiencia diagnóstica.



Capítulo 5.

El camino no se acaba, se ramifica

Este viaje compartido nos llevó a la interpelación, al encuentro de saberes, al descubrimiento de experiencias, a la identificación de emociones, de sueños, de deseos, pero, a su vez, abrió una puerta a la construcción conjunta de nuevos caminos. Si bien el viaje trazado por esta investigación hace una pausa, aquí el camino no se acaba, se ramifica y podemos ver otras posibilidades. Es así como nos permitimos sugerir discursos y prácticas diferentes en donde se privilegie la voz de otros, la voz de otras, la voz de mujeres que están o han sido atravesadas por un diagnóstico psiquiátrico, presentando a continuación las conclusiones, a partir de las vivencias encarnadas de este ejercicio investigativo y los objetivos propuestos, al igual se plantean recomendaciones a la comunidad académica para futuras investigaciones, al sistema que tiene acciones directas en el campo de la salud mental, a las familias como eje en el contexto social y a las mismas personas que habitan un diagnóstico psiquiátrico.

5.1 Los paisajes

Cada palabra, cada detalle, cada susurro, cada nota, cada línea, mostró el camino recorrido, pero también vislumbró el camino por recorrer y como este camino, si bien nunca será igual al anterior, sí se cuenta con poderes para recorrerlo. Esos poderes que, lejos de responder a una idea mística y romántica de la batalla, son los que existen en cada mujer, en



cada una de las mujeres que acompañaron este proceso. Tener en cuenta las luchas y las resistencias vividas, no solamente contra una sociedad que estigmatiza a quienes se salen de la norma, como es el caso de quienes habitan un diagnóstico psiquiátrico, sino también contra sus cuerpos, sus emociones, contra a ellas mismas y el sufrimiento asociado a este, a la hora de abordar los temas de salud mental, es más que una tarea pendiente, una deuda.

No podemos dejar de lado las voces, las historias, las vivencias de quienes tal vez por años, meses, semanas o días están siendo atravesadas por esta experiencia. Escuchar no solamente para responder sino para acompañar, abrigar, arropar y, porque no, sanar juntas. Tal es la verdadera escucha, la que lleva a la transformación, a sanar y, que va más allá de solo eliminar un síntoma o un signo siguiendo los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales, se trata de sanar para avanzar, para creer, para retomar, para reevaluar, para empezar, para soñar o también para detenerse.

La escucha, no solo la analítica sino también la inherente a cualquier actividad en salud se puede entender, de acuerdo con Derrida y Duformantelle, citado en Stolkiner (2013), como un acto de hospitalidad lo cual supone que quien hospeda se enfrenta:

A su propio desamparo, a su propia incompletud, la hospitalidad se ofrece, o no se ofrece, al extranjero, a lo extranjero, a lo otro. Y lo otro, en la medida misma en que es lo otro nos cuestiona, nos pregunta. Nos cuestiona en nuestros supuestos saberes, en nuestras certezas, en nuestras legalidades (p. 7).

Se resalta, que más allá de un diagnóstico psiquiátrico está la vida de mujeres con nombre propio, mujeres inmersas en una sociedad, la cual lejos de respetar la diferencia y promover los Derechos fundamentales, anula, discrimina y oprime. Una opresión que actúa



también sobre los cuerpos, en tanto no se puede decidir por ellos, pues con frecuencia las decisiones son tomadas por otros, bien sea la familia, la pareja, las prácticas y los discursos médicos hegemónicos. Situación que limita la participación y el disfrute hasta de la vida misma.

Esta opresión se caracteriza por la dominación de las mujeres que habitan la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico, en donde ellas, además, son o han sido víctimas de la discriminación y el control, lo que produce y reproduce relaciones asimétricas de poder que restringen el acceso a servicios materiales y promueve el autoestigma, sin embargo, cuando se alcanza un nivel de conciencia crítica es posible la resistencia. Una resistencia que se manifiesta, entre otras cosas, en la toma de decisiones frente al cuerpo. Claramente el discurso sexo-género ha sido un componente opresivo que históricamente afecta la salud física y mental de las mujeres.

Deconstruir el estigma y la discriminación cuando de diagnósticos psiquiátricos se trata es una pelea que hay que dar ya que esto salvaría vidas. Las vidas de mujeres, niñas, ancianas, la mía y la nuestra, lo cual permitiría acercarse no solamente a buscar ayuda sino también a un encuentro con nosotras, un encuentro entre nosotras, así como la apuesta por el fortalecimiento de la sororidad.

Si bien, se asocia el diagnóstico como una enfermedad, la nominación diagnóstica funciona de modo abrasador. En el momento en que se recibe el diagnóstico aparece de manera automática el sufrimiento, el cual, tienen repercusiones en las emociones de las mujeres, se presenta como un dolor asociado a la etiqueta diagnóstica al ser denominadas desde un trastorno bipolar, depresión, ansiedad u otras. Produciendo ello que, la fuerza de esta nominación transforme de manera agresiva lo que rodea sus vidas, modificando todo a



su paso. Sin embargo, comprender la experiencia del sufrimiento no significa hacerse cargo de quien sufre sino de descubrir el sentido de este sufrimiento, en el que se mueven, producen y reproducen las consecuencias del diagnóstico psiquiátrico.

5.2 Remembranzas

Después de recorrer el camino y de tratar de identificar cual es el lugar que ocupa la locura en la academia, en los diferentes sectores (salud, educación, trabajo, familia etc.) y en la sociedad en general, y después de compartir este viaje con mujeres atravesadas por la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico, a partir de un proceso dialéctico, de releer, de ir y venir durante las conversaciones, encuentros, compartir historias y de mi propia emancipación se puede concluir que:

La experiencia del sufrimiento, está directamente relacionada con “el malestar que se sufre”. La explicación de este sufrimiento corresponde a la relación que establecen las mujeres con la enfermedad, específicamente con la nominación o la etiqueta que se le da a esta. Esta explicación está en relación con la idea del sufrimiento de los otros y no en comprender ese lugar del otro, el cual direcciona la comprensión del sufrimiento al campo de lo experiencial y no desde la óptica normalizadora en la que se fundamentan las prácticas y los discursos hegemónicos en salud mental. El sufrimiento emocional aparece como una característica amarrada a la vida de las mujeres que han sido diagnosticadas desde la psiquiatría, lo cual significa aceptar tener una enfermedad y por ende estar acompañadas del estigma y el autoestigma que condiciona sus vidas. Llevándolas con ello a vivir de maneras determinadas de acuerdo con una enfermedad, los medicamentos y los tratamientos que desde el saber experto son elegidos.



Vivir diagnosticadas pone en evidencia el sufrimiento de las mujeres que son atravesadas por la experiencia de la “locura”, bien sea por depresión, trastorno bipolar, ansiedad entre otros. Este diagnóstico arranca la identidad de quien lo sufre, sin embargo, esto no pasa desapercibido y se hace evidente la manera en que esta etiqueta psiquiátrica también está cargada de violencia y deshumanización. La deshumanización que ubica los normales y los anormales en lugares diferentes y que tiene una influencia sobre la vida de las mujeres. De esta manera la violencia pareciera volverse parte del paisaje. El desconocimiento del otro en tanto loco, cuando no se le permite decidir sobre su propio cuerpo, como por ejemplo en la experiencia de la hospitalización psiquiátrica.

La experiencia anteriormente mencionada, se mantienen como una forma de intervención de la enfermedad mental. La cual se mantiene bajo el paradigma médico rehabilitador y que produce el dolor y la más oscura experiencia que quienes están diagnosticadas pueden tener en toda su vida. Una conclusión importante de este viaje se centra en la relación que se puede establecer entre prácticas hospitalarias alrededor de la experiencia de ser internadas en una institución psiquiátrica. Desde esta perspectiva las experiencias narradas resultan fundamentales para comprender este fenómeno de *encierro*, que ha sido legitimado por la práctica médica como un modo de tratamiento de la enfermedad mental, desde el reconocimiento y la visibilización de la experiencia de una mujer que ha sido etiquetada por un diagnóstico psiquiátrico y el modo en que interpreta ese fenómeno para sí misma. Interpretación que puede estar cargada de estigma, autoestigma y discriminación. Desde las voces involucradas en esta investigación, las instituciones psiquiátricas son entendidas como una cárcel, por ende, como un tipo de encierro.



De acuerdo con las narrativas, el tiempo durante el cual estuvieron en situación de internación, perdieron la posibilidad de autogobierno y autodeterminación de sus acciones, de su cuerpo e incluso de sus sentimientos; el silencio y la anulación de su discurso, que además se replican en contextos sociales, puesto que, consideraban que estaban imbuidas en un tipo de tratamiento que no reconocía su propia experiencia y dolor al punto que ellas preferían simular o callar sus emociones buscando con ello encajar dentro del imaginario de *recuperación o salud* que la institución y el profesional de la salud esperaban de ellas. Esta narrativa que nos ofrecen las mujeres desde su propia experiencia permite poner de relieve y comprobar en la experiencia varias de las bases conceptuales desde las cuales se cimenta esta investigación.

En términos teóricos, aquello que nos brindan narrativamente desde su experiencia puede entenderse como las prácticas hegemónicas del paradigma biomédico que se sustentan en lo que Foucault llama una civilización del discurso médico, que considera las prácticas del encierro y la coacción de la conducta del loco como un medio terapéutico para alcanzar la salud, no solo del individuo sino también de la sociedad misma. Las experiencias nos revelan una tensión ineludible entre un discurso hegemónico de carácter biomédico y el reconocimiento de la experiencia de las personas atravesadas por diagnósticos y etiquetas psiquiátricas, en la cual los discursos que actualmente aceptamos como prácticas médicas legítimas están invisibilizando la base misma de la experiencia humana desde la que emerge.

Fue evidente que independientemente de la edad de las participantes y el momento en el que les fue asignada la etiqueta diagnóstica, las prácticas y los discursos en lo que respecta a



la locura no ha tenido muchas variaciones, las hospitalizaciones, los criterios para decidir hospitalizar, los tratamientos farmacológicos, el papel de los profesionales de la salud mental en el proceso de acompañamiento siguen reproduciéndose dejando de lado no solo las historias, el contexto sino también la voz de quienes son en este caso las receptoras de estas prácticas y estos discursos. No se puede dejar de lado el hecho de que estas mujeres han pasado hasta por cinco diagnósticos y etiquetas psiquiátricas diferentes y por supuesto psicofármacos y tratamientos diferentes. Como si el ensayo y error fuera una constante en sus vidas.

Los imaginarios frente al término locura, están definidos por las mujeres participantes en esta investigación a partir de tres elementos; el primero, da cuenta de las representaciones sociales que históricamente se han mantenido presente en la sociedad y es ubicar la locura del lado de la sin razón, el desequilibrio, lo incontrolable y la desconexión. El segundo se asocia con la experiencia de quien habita la locura en su relación con los psicofármacos, la dependencia y el control. Y finalmente con los procesos de emancipación y reivindicación en donde se pone de manifiesto la autonomía la libertad, estas hacen que el camino se ramifique y, permita pensar y pensarse desde otro lugar en donde la experiencia, el contexto y la voz sean privilegiadas.

En medio del sufrimiento que se deriva de la etiqueta diagnóstica a la luz del estigma, el autoestigma y la discriminación las mujeres que hicieron parte de este viaje han deconstruido la comprensión y carga de esta etiqueta por medio de luchas y resistencias propias que les han permitido habitar a sí mismas desde otros sentidos y otras interpretaciones. Es claro como agencian sus vidas a través de la reivindicación de sus sueños y proyectos, continuar



avanzando y lograr las metas propuestas antes de un diagnóstico, aunque no es una tarea fácil, es un ejercicio que trae consigo satisfacciones y esperanza. Para lo cual se requiere además del acompañamiento y apoyo de la familia/pareja o amigos. Recorrer el camino acompañadas hace que las cargas sean livianas.

Otra conclusión se centra en el papel que las instituciones educativas pueden tener para ser fuente de estigma y discriminación que degeneren en un autoestigma que impida que el individuo llegue incluso a buscar ayuda. En este caso, la narrativa que nos ofrece una de las mujeres participantes de su experiencia resulta central. Como ella lo mostró a lo largo de nuestros encuentros, y de modo particular en su escrito auto biográfico, su experiencia de ser atravesada por un diagnóstico psiquiátrico inicio en medio del curso de sus estudios superiores, lo cual llevo finalmente a que ella tuviera que abandonarlos. Esta experiencia narrativa pone en evidencia un conjunto de fenómenos con respecto al manejo que le puede dar una institución de educación superior a una problemática cada más frecuente en nuestra sociedad como lo son los problemas y las enfermedades mentales.

El hecho de que en muchas ocasiones el cuerpo docente parta del prejuicio y no de la comprensión de la experiencia de las personas que son atravesadas por problemas o enfermedades muestra que el estigma social frente a la enfermedad mental recorre y se instaura incluso al interior de instituciones de carácter formativo influyendo en la permanencia y el egreso de estudiantes afectados por esta condición. El considerar que una experiencia emocional y psicológica tan compleja es solamente una excusa para no cumplir con sus deberes académicos pone de relieve de manera clara el hecho de que muchos juicios sobre la enfermedad mental parten del estigma y la discriminación.



Así pues, desde la narrativa se evidencia una tensión no resuelta entre dinámicas institucionales propias de las instituciones de educación superior en Colombia y la experiencia de las personas atravesadas por un diagnóstico psiquiátrico. A la luz de esta experiencia esta investigación busca por lo menos poner de manifiesto la necesidad que tienen dichas instituciones de repensar el tipo de prácticas y ejercicios tanto desde la relación docente-estudiante hasta las relaciones burocráticas que al interior de ellas se llevan a cabo con las personas atravesadas por la experiencia de la locura y también a reconocer la experiencia subjetiva de quienes habitan un diagnóstico psiquiátrico, desde la interseccionalidad y el tener en cuenta aspectos relacionales que permitan hacer un abordaje y un mayor entendimiento a los temas de salud mental al interior de las instituciones educativas.

El papel de la familia y la pareja con relación a, por un lado, los procesos de estigma, autoestigma y discriminación que se evidencian en el trato y la dinámica al interior de este tipo de relaciones y, por otro lado, las posibilidades de sanación y ayuda que pueden tener estas conexiones tan cercanas a los individuos que atraviesan la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico cuando, bien sea la familia, o bien sea la pareja, hacen parte de un proceso común y dialógico en los espacios en los cuales, la mujer que habita la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico se apropia y agencia su propio estado.

Es así cómo, el rol de la familia y la pareja en la experiencia subjetiva de una mujer que habita un diagnóstico psiquiátrico resulta relevante, por un lado, la forma en que la familia toma decisiones por su familiar con un diagnóstico psiquiátrico, invisibilizando su capacidad de agenciamiento a la luz de que su estado mental o sus crisis le impiden tomar decisiones



claras y efectivas. Desde esta experiencia subjetiva se denota, como se parte del estigma familiar en el cual se asocia “la incapacidad” para que el individuo pueda agenciarse.

Por otro lado, se llama a los profesionales de la salud mental, a dirigir globalmente su atención y recomendaciones hacia quien habita la experiencia en comunidad con su familiar, acompañante o cuidador. Puesto que estas actitudes revelan un prejuicio que lleva a considerar que la persona atravesada por la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico es únicamente sujeto de cuidado, lo que lleva a desterrar de ellos y ellas la posibilidad del autocuidado.

Frente a una situación de diagnóstico psiquiátrico el individuo y de manera mucho más incisiva la mujer, ha sido vista como un ser puramente *paciente*, lo que quita toda posibilidad activa frente a su diagnóstico psiquiátrico.

En lo que respecta al ámbito laboral es necesario resaltar la tensión que se produce entre las exigencias laborales y la experiencia que tiene una persona atravesada por un diagnóstico psiquiátrico. En este caso una de las experiencias narradas cobra un valor fundamental, pues se evidencia de manera clara la lucha subjetiva que tiene con el autoestigma asociado a su diagnóstico psiquiátrico. Pues, para una sociedad como la nuestra el saber trabajar bajo presión debe ser una característica o cualidad necesaria de cualquier laborante. Al crearse una tensión que limita enfrentarse a situaciones de estrés, se tiende a considerar que se acrecentaría las posibilidades de empeorar su estado, sumado a las exigencias propias del mercado laboral actual, en el cual no poder trabajar bajo presión es causa suficiente para cerrar las posibilidades laborales a una persona sin importar cuán calificada este para el trabajo. Este hallazgo a su vez nos muestra un problema importante que debe reinterpretarse y ajustarse en el modo en el que se piensa actualmente la figura del



trabajo, puesto que la experiencia de ser atravesada por un diagnóstico psiquiátrico no implica la incapacidad para trabajar, pero si en el mercado laboral actual, que entiende a los individuos como sujetos de rendimiento; entonces, a los ojos de entender el mercado laboral se convierte al individuo que atraviesa un diagnóstico psiquiátrico en un sujeto incapaz de laborar, convirtiéndose ello en una barrera para acceder a su derecho al trabajo.

La experiencia de quienes están atravesadas por el diagnóstico psiquiátrico está marcada por el estigma, el autoestigma, el rechazo y la discriminación en la vida cotidiana estos son factores que no solo han estado presentes históricamente en la vida de las personas afectadas por un diagnóstico psiquiátrico, sino además se encontraron todo el tiempo en las narrativas de las mujeres participantes, estos fenómenos además de convertirse en una barrera de acceso no solamente a servicios de salud, educación, laboral, como ya lo hemos visto, impide también la participación y *anula* las posibilidades de disfrute de los Derechos humanos. El autoestigma reduce las posibilidades de alcanzar los sueños, modificar o llevar a cabo un proyecto de vida. Es importante resaltar como estos aparecen anclados a la vida de las mujeres atravesadas por una etiqueta diagnóstica y así mismo de sus familias, lo cual, a su vez, impide la búsqueda de soluciones y de compañía si es el caso, para sanar en común.

En lo que respecta a la reivindicación, esta juega un papel muy importante, además de que aparece como una urgencia, se evidencia el trabajo que han realizado estas mujeres por ser dueñas de sus vidas, de sus cuerpos, de sus historias, de tomar el dominio sobre estos, si bien sus historias están cargadas de dolor, de sufrimiento, de estigma, autoestigma y discriminación también están cargadas de luchas, resistencias y deseo de reivindicación que las lleva a ser las mujeres que quieren ser, el camino no se ha terminado, el camino se



transforma, se ramifica y permita a las mujeres otras formas de ver, de verse, de hacerse visibles y no es en términos de lo que se puede apreciar con los sentidos es una visión que más allá de los límites que impone una óptica basada y sustentada en un modelo médico hegemónico de dominación y poder sobre quien es considerado diferente.

5.3 Para no olvidar

De todos los viajes nos queda algo para no olvidar y también nos quedan cosas para llevar. En razón a esto, las recomendaciones de este trabajo se pueden expresar en lo siguiente:

Se hace un llamado a la academia a construir conocimiento a partir de la noción de *locura*, ya que ello lleva a quien investiga a ir más allá de las enfermedades, los signos o los síntomas, dirigiendo al encuentro con la realidad, con las experiencias, con las narrativas de quienes están siendo atravesadas por la misma. Deconstruir el concepto de locura lleva a ubicar a las personas atravesadas por esta experiencia en lugares de agencia de sus propios procesos, como únicas dueñas de su cuerpo, de sus emociones y de su vida. Siguiendo a los Estudios Locos, es un llamado a conectar la investigación y la militancia, lo que implica la creación de nuevos saberes, relaciones y luchas en torno a la locura, de manera, que investigar no solo sea una forma de responder a problemáticas y necesidades concretas, sino una oportunidad de resistencia y de construcción de conocimiento.

Los estudios académicos que aporten al entendimiento, la transformación de discursos y prácticas en torno a la locura deben privilegiar la voz de quienes están siendo



atravesados por esta experiencia, facilitando así, la apertura de caminos a la emancipación y a la reivindicación de sus propias voces.

Las futuras investigaciones en el campo de la locura deben apuntar también a la búsqueda y la promoción de procesos de emancipación y de reivindicación de mujeres y hombres atravesados por la experiencia de la locura, en donde sus vidas no estén *despixeladas* por una etiqueta, sino en donde puedan agenciarse y disfrutar efectivamente de sus Derechos. Asumirnos y entendernos desde la locura, nos lleva a reconocer las historias, las memorias las experiencias y las posibilidades de resignificación, que permiten alejar a las personas de las connotaciones de la sinrazón, de la patología o la insensatez y las lleva a una visión no patologizante, política y válida.

En el ámbito político-gubernamental se insta a visibilizar, desmitificar y educar en el contexto social el impacto del estigma, el autoestigma y la discriminación en la vida de las personas y las familias afectadas por un diagnóstico psiquiátrico. Indudablemente es una deuda que requiere instaurarse en la agenda pública de manera subjetivada, emancipada y contextualizada.

A nivel social es necesario ahondar en el papel que juega la familia, la pareja o los cuidadores en lo que respecta a la locura. Las prácticas y los discursos deben ser modificados a partir del reconocimiento de la voz y de la experiencia situada de quienes atraviesan situaciones de estigma, autoestigma y discriminación, se trata de embarcarse en un viaje acompañado. No obstante, es necesario mencionar que este acompañamiento y participación activa debe nacer y ser deseada por los individuos atravesados por la experiencia del diagnóstico psiquiátrico, porque de lo contrario, si la familia o la pareja intervienen tratando



de modificar, regular o incluso imponer o controlar a quienes habitan esta experiencia se recaería en lo que ya se ha evidenciado. Sin embargo, no se puede desconocer el papel del estigma y el autoestigma que también afecta y atraviesa a las familias, por esta razón contar con apoyo profesional idóneo permitirá no solamente tener información adecuada sino también acompañamiento en los contextos en los cuales se desenvuelven.

El llamado es también al sector salud, en donde es necesario pensar en el papel de la escucha, ¿para qué escuchamos? Cuando alguien consulta debemos ir más allá de solo encasillar, etiquetar, clasificar y diagnosticar. Es necesario darnos cuenta que estamos frente a personas que buscan algunas veces ayuda de manera voluntaria y esperan encontrar una respuesta, un camino, un cuidado, pero, sobre todo, acompañamiento. Ese acompañamiento que se necesita para recorrer el camino. El camino del que cada uno es dueño y cada uno decide cómo y con quién recorrerlo. El llamado es vehemente y va dirigido a *no* invisibilizar los sentimientos, las emociones, el sufrimiento del otro, en tanto se establece una relación terapéutica, que debe proponer una intervención emancipadora basada en la ética de la escucha y centrada en las personas, en las experiencias, en el contexto y no en las categorías diagnósticas.

Finalmente, no podría dejar sin mencionar que frente a reconocerse o señalar a una persona con discapacidad psicosocial, pasa a depender de que las personas con enfermedades mentales se reconozcan como tal, sin embargo, considero que se convierte en una etiqueta más que a su vez trae consigo la reproducción y aumento de estigma, autoestigma y discriminación. Reconocerse como una persona con discapacidad es una decisión personal. No se trata de ser iguales, se trata de valorar y respetar la diferencia y la diversidad.



Nuestras vidas no pueden estar supeditadas a una etiqueta, a un diagnóstico, al saber y poder de otros. Los viajes y los caminos que encontramos en él nos abren el panorama y nos permiten cosas que antes ni siquiera sospechábamos que veríamos, los viajes a mi forma de ver nos transforman, nos llevan no solamente a vivir momentos agradables sino también nos permiten soñar y pensar que podemos avanzar, que vale la pena arriesgarse. Arriesgarse por nuestra vida, por nuestros sueños, por sanar y no permitir que nada ni nadie defina nuestro propio rumbo. Considero que no hay verdades absolutas, la única para mí es la existencia de Dios, sin embargo, durante este viaje se revelaron verdades antes para mí escondidas, este viaje me permitió no solamente ubicarme y enunciar me desde otro lado sino también aprender, desaprender y enfrentarme a desafíos, esta transformación no solo fue a nivel profesional o de formación, porque como mujer, como madre, como hija, como hermana y como esposa aprendí y desaprendí. La vida más allá de una etiqueta, más allá de un diagnóstico, más allá de la mirada inquisidora de otros, más allá de las múltiples formas de pensar y construir conocimiento, vale la pena vivirla ... pero vivirla libres.... La vida despixelada solo esconde lo que no somos, lo que no queremos ser, lo que no soñamos, pero también nos muestra que seguimos ahí, y que podemos y estamos siempre a tiempo de tomar otro rumbo, otro camino y ojalá un camino y un viaje acompañado.....



Referencias

- Bega Martínez, R. (2020). La locura de las mujeres: Prisión y subterfugio. *Ambigua: Revista de Investigaciones sobre Género y Estudios Culturales*, 7, 115-130.
<https://doi.org/10.46661/ambigua.4915>
- Benedicto, C. (2018). Malestares de género y socialización: El feminismo como grieta. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 38(134), Article 134.
<https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17063>
- Bru, G. (2016). *Subjetividad, biopolítica y cuerpo: Reflexiones acerca de las prácticas de atención en el campo salud mental*. 15.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: Barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>
- Castro, M. A. (2020). El sufrimiento psíquico de las personas con un diagnóstico psiquiátrico. El dolor de la locura. *Revista Perspectivas: Notas sobre intervención y acción social*, 35, 51-74. <https://doi.org/10.29344/07171714.35.2391>
- Cea, Madrid, J. C. (s. f.). (2019). *Por el derecho a la locura. La reivindicación de la salud mental en América Latina*.
- Cea, Madrid, J. C., & Castillo Parada, T. (2018). Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea. *Política y Sociedad*, 55(2), 559-574. <https://doi.org/10.5209/POSO.57277>



- Cea-Madrid, & Castillo Parada, T. (2021). *Enloqueciendo la academia: Estudios locos, metodologías críticas e investigación militante en salud mental*.
- Del Cueto, A. M. (2014). *La salud mental comunitaria: Vivir, pensar, desear* (Portal de libros UNLP). Fondo de Cultura Económica.
<https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/1412>
- Díaz, C. L., Niño, B., Olaya, E., Torres, V., & Marquez, L. (2021). *Cuerpo, emociones y sentido de vida. Investigación para la comprensión del sufrimiento emocional profundo y la ideación suicida en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá*. Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Domínguez, G. E., & Lara, A. (2013). El Giro Afectivo. *Athenea Digital: revista de pensamiento e investigación social*, 13(3), 101-120.
- Enciso Domínguez, G., & Lara, A. (2014). Emotions and Social Sciences in 20th century: The Prequel of Affective Turn. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 14(1), 263. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v14n1.1094>
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica.
- Fundación Saldarriaga Concha. (2018). *Estigma y discapacidad psicosocial en el marco de los resultados en salud mental del conflicto armado en Colombia. Foco particular población indígena y afrodescendiente*.
- García Dauder, D., & Guzmán Martínez, G. (2019). *Locura y feminismo: Viajes de sujeción y resistencia*.
- Garzón Ospina, L. A. (2019). *Cuando la locura moraba en ninguna parte. El asilo de locas de Bogotá y sus voces 1930-1950*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional de



Colombia].

file:///C:/Users/59QQ/Downloads/TESIS%20DOCTORADO%20ASILO%20(MD)
%20(1).pdf

Guzmán Martínez, G. (2020). fem-inismo y salud mental: Discursos de politización del malestar en los inicios de la prensa feminista latinoamericana. *Investigaciones Feministas*, 11, 167-179. <https://doi.org/10.5209/infe.64801>

Guzmán Martínez, G., & Aguirre-Calleja, A. (2018). Trayectorias del cuerpo en la psicopatología: Un acercamiento crítico a la histeria. *Revista CS*. <https://doi.org/10.18046/recs.i25.2678>

Holguín, D. M. H., & Rueda, C. F. S. (2018). *La paradoja de la salud mental en Colombia: Entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma*. 17 (35). [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-35%20\(2018-II\)/54557477004/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-35%20(2018-II)/54557477004/)

Llombart, M. P. i, Calatayud, M., & Amigot, P. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: Una relectura del DSM-V. *Revista Internacional de Sociología*, 78(2), e155-e155. <https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113>

Martínez, A. (1998). *¿Has visto como llora un cerezo?. Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Barcelona: Universidad de Barcelona, Publicaciones y Ediciones, 1999.

Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., Manchego, C., Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile., & Escuela de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. (2015a). Estigma hacia los trastornos mentales:

Características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.

<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.007>

Méndez, M. J. (s. f.). *Las pasiones ordinarias. antropología de las emociones. David Le Breton.*

Millán, S. P. (s. f.). *LOS ROSTROS DE LA LOCURA La producción discursiva e iconográfica de la locura en la mujer en Uruguay a comienzos de siglo XX.* 169.

Mogollón, L. J. (2021). *Mis conversaciones con Ana. Por una terapia ocupacional basada en la ética de la escucha y sin tortuguitas verdes.*

Ortega Castillo, J. P. (2020). *Configuraciones de las imágenes de las enfermedades mentales en la serie animada BoJack Horseman* [Bogotá - Ciencias Humanas - Maestría en Estudios Culturales]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/78571>

Parada, T. C. (2019). De la locura feminista al «feminismo loco»: Hacia una transformación de las políticas de género en la salud mental contemporánea. *Investigaciones Feministas*, 10(2), 399-416. <https://doi.org/10.5209/infe.66502>

Pujal i Llombart, Calatayud, M., & Amigot, P. (2020a). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: Una relectura del DSM-V. *Revista Internacional de Sociología*, 78(2).

Souza, D. (2021, diciembre 10). *Libres y locas: Del estigma a la reivindicación.* Pie de Página. <https://piedepagina.mx/libres-y-locas-del-estigma-a-la-reivindicacion/>

Stolkiner, A. I. (2013). *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental.* <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/23320>

Toboso, M. (2021). Afrontando el capacitismo desde la diversidad funcional. *Dilemata*, 36, 69-85.



Velasco, R. (2013). De-construyendo el Estigma en Salud Mental. *Psychology, Society, & Education*, 5(Nº 1), 91-102.

Vidal, M. C.-U., Balaguer, A. P., Coll-Florit, M., Encuentra, E. H. i, & Climent, S. (2020). Orgullo loco y metáforas para una disidencia: Un análisis lingüístico y simbólico. *Salud Colectiva*, 16, e2886-e2886. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2886>

Villar, O. A. E.-D., Chavarría-Gamiz, C. F., Cabral-Sán, J. A., Esparza-Del-Villar, C., & Lazalde, C.-. (2021). *Fatalismo y su relación con el autoestigma y la búsqueda de tratamiento de salud mental*. 16.