



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

**Violencia de Género en Salud Mental:
Representaciones y Prácticas de Resistencia desde
la perspectiva de Mujeres Expertas por
Experiencia.**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE SOCIÓLOGA

Milenka Ivania Bosnich Mienert.
Profesora guía: Dra. Marcela Ferrer Lues.
Agosto 2020

Agradecimientos

A las mujeres que participaron de mi investigación, por su tremenda disposición y confianza al compartir conmigo sus testimonios con la psiquiatría y el sistema de salud mental en general, lo cual me permitió reafirmar que ellas son las verdaderas expertas sobre dichas vivencias; expertas por experiencia. Mi eterna gratitud y admiración hacia ustedes.

A mi familia, a mis hermanas y en especial a mis padres, por su cariño y apoyo incondicional hacia mis intereses y decisiones a lo largo de mi vida, sobre todo durante mi etapa universitaria, lo cual fue fundamental al estar lejos de casa. También les agradezco inmensamente por respetar mis procesos y tiempos para escribir mi Memoria de Título.

A la Flor, por su cariño y preocupación incondicional desde mi infancia hasta los días de hoy y por ser un fiel reflejo de que la familia se construye más allá de lazos sanguíneos.

A mi compañero Manuel, por su amor, contención y apoyo infinito durante estos años en los que hemos compartido y construido una vida juntos.

A la Profesora Marcela Ferrer, por ser una excelente docente y persona. Debido a que su orientación, paciencia, humanidad y preocupación fueron fundamentales en el proceso de elaboración de la Memoria, tanto en el ámbito académico como personal.

A mis amigas y amigos del sur, por esos vínculos que hemos cultivado por años, por compartir risas y dolores. En especial, por la compañía y apoyo que nos brindamos durante la época universitaria, a pesar de la distancia.

Por último, agradezco a mi amiga Constanza, por siempre creer en mí y en mis capacidades y por ser una compañera incondicional en las alegrías, logros y adversidades que hemos vivido a lo largo de nuestros años de amistad.

Contenido

Resumen.....	1
1.Planteamiento del Problema.....	2
1.1. Violencia y desigualdad de género como problema estructural	2
1.2.La salud mental como asunto de género.....	3
1.3. Violencia de género en salud mental	5
1.4. Perspectivas en torno a la salud mental en Chile: Expertos(as) por Formación vs Expertos(as) por Experiencia.....	6
1.5. Formulación de la pregunta de investigación	10
2. Objetivos de la Investigación	12
3. Relevancias	12
3.1. Relevancia Teórica	13
3.2. Relevancia Práctica.....	13
4. Antecedentes	14
4.1 Abordaje del problema de la salud mental desde organismos internacionales.....	14
4.2 Mad Pride (Orgullo Loco) y Mad Studies (Estudios Locos).....	15
4.3. Manual de Derechos en Salud Mental.....	17
4.4. Situación de salud mental en Chile.....	19
5. Marco Teórico-Conceptual	21
5.1. Antipsiquiatría	21
5.1.1 De la antipsiquiatría clásica hacia una nueva antipsiquiatría	22
5.1.2. Organizaciones y movimientos de usuarios(as), ex usuarios(as) y sobrevivientes de la psiquiatría: la emergencia de las identidades de resistencia.....	24
5.2. Feminismo y Antipsiquiatría	25
5.3. Violencia de género en salud mental	27
5.3.1 Dimensión de tratamientos y procedimientos	29
5.3.2 Dimensión simbólica.....	31
5.4. Prácticas de resistencia: cuestionamientos y alternativas a la experiencia de psiquiatrización	33
6. Supuestos de la investigación	34
7. Definiciones conceptuales.....	35
8. Marco Metodológico.....	37

8.1. Tipo de Investigación	37
8.2. Universo y Muestra.....	37
8.3. Técnica de producción de información.....	42
8.4. Dimensiones de Análisis.....	42
8.5. Plan de Análisis	43
8.6. Consideraciones éticas para la investigación.....	45
9. Análisis.....	47
9.1. Dimensión de tratamientos y procedimientos de la violencia de género en salud mental	48
9.1.2. Experiencias en torno al diagnóstico en salud mental y prescripción de tratamiento farmacológico.....	50
9.1.3. Experiencias negativas en torno al proceso de tratamiento farmacológico.....	53
9.1.4. Experiencias negativas en contextos de hospitalización en instituciones y/o servicios de psiquiatría	62
9.1.5. Síntesis.....	70
9.2. Dimensión simbólica de la violencia de género en salud mental	71
9.2.1. Estigmas sobre la locura y repercusiones sociales del diagnóstico.....	71
9.2.2. Repercusiones sociales y discurso crítico en torno a la experiencia de ser mujer psiquiatrizada.....	76
9.2.3. Síntesis.....	83
9.3. Prácticas de resistencia en torno a la violencia de género en salud mental	84
9.3.1. Experiencias en torno a la discontinuación del tratamiento farmacológico.....	84
9.3.2. Adopción de estrategias personales para el cuidado y afrontamiento de dificultades en el ámbito de la salud mental.....	91
9.3.3. Estrategias colectivas como alternativa para la salud mental: Apoyo mutuo y experiencias compartidas	94
9.3.4. Resignificación de la experiencia de psiquiatrización y la locura.....	96
9.3.5. Politización de la experiencia en salud mental: Expertas por experiencia, activismo y feminismo loco	99
9.3.6. Síntesis.....	105
10. Conclusión	107
Bibliografía	116
ANEXOS	124

Anexo 1: Informe de evaluación Comité de Ética de la Investigación.....	125
Anexo 2: Protocolo de contención para entrevista	126
Anexo 3: Consentimiento Informado para entrevista	129
Anexo 4: Pauta de Entrevista.....	133

Resumen

La presente Memoria de Título tiene por objetivo explorar las representaciones y prácticas de resistencia en torno a la violencia de género en salud mental, desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico respecto a su experiencia de psiquiatrización. A partir de dicha particularidad, se estudió cómo dichas mujeres vivencian y tensionan sus experiencias con los dispositivos de salud mental, qué tipo de conocimiento crean a partir de sus experiencias de psiquiatrización, qué representaciones tienen sobre la violencia de género en este ámbito, tanto en su dimensión de tratamientos y procedimientos como en su dimensión simbólica y cuáles son las prácticas y/o alternativas que han desarrollado o adoptado en respuesta a ello.

La investigación se llevó a cabo a través de una metodología cualitativa. Se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas, que fueron analizadas utilizando los métodos de codificación de la Teoría Fundamentada en el software Atlas.ti 7.

Los principales hallazgos dan cuenta de que las representaciones de las entrevistadas sobre la violencia de género en salud mental, se enmarcan en el reconocimiento de vivencias compartidas de vulneración y desigualdad hacia las mujeres en las modalidades de atención, diagnóstico y tratamientos en el sistema de salud mental, así como en los imaginarios sociales que se configuran respecto a la locura y la experiencia de ser mujer psiquiatrizada, lo cual se entiende como expresión del carácter estructural de la violencia hacia las mujeres en el ámbito de la salud mental. También se identifican estrategias individuales y colectivas para el reconocimiento de las diferencias subjetivas y afrontamiento de situaciones de malestar emocional en las mujeres, distanciándose del abordaje biomédico que prima en la disciplina psiquiátrica y en el sistema de salud mental en general.

Palabras Clave: Violencia de Género, Salud mental, Experiencia de Psiquiatrización, Experta por Experiencia, Prácticas de Resistencia.

1. Planteamiento del Problema

1.1. Violencia y desigualdad de género como problema estructural

La explotación e invisibilidad que históricamente han vivido las mujeres tiene su expresión más fuerte en la violencia, es decir, en las relaciones asimétricas de poder mediante las cuales las mujeres son vulneradas, carecen de reconocimiento y soportan dinámicas estructurales, procesales e ideológicas desfavorables (Munévar y Mena, 2009). Por consiguiente, las mujeres se encuentran expuestas a la violencia no sólo como resultado de acciones violentas individuales, sino también como consecuencia de prácticas sociales sistemáticas que se dirigen en contra de ellas, simplemente por el hecho de ser mujeres (Villavicencio y Zúñiga, 2015). De esta forma, la violencia de género posee un carácter estructural, en tanto se encuentra enraizada en el sistema político, económico y social, que perpetua una legitimación de lo masculino por sobre lo femenino.

Se vuelve fundamental entender la violencia de género como problema estructural, debido a que así es posible comprender *“el alcance de la explotación de los cuerpos, la sutileza de las prácticas discriminatorias y la invisibilización de sus efectos destructivos sobre las subjetividades de las mujeres”* (Munévar y Mena, 2009, p.362). En ese sentido, los movimientos feministas han contribuido de manera decisiva a visibilizar la violencia hacia las mujeres como un problema social (no solo individual), de orden público (no únicamente privado), de competencia jurídica, y que exige políticas públicas con obligaciones específicas para las instituciones, incluidas las de salud (Castro y Riquer, 2006). Desde esta perspectiva, se plantea también la necesidad de trascender la idea de victimismo y pasividad en las mujeres (Esteban, 2001), en tanto dicha postura invisibiliza sus luchas y formas de resistencia ante las diversas manifestaciones de la violencia de género en la sociedad.

De tal manera, la opresión estructural que sufren las mujeres se puede expresar en diferentes ámbitos y formas, es decir, se puede situar en un continuo, en el que existen diferentes graduaciones e intensidades, que permiten o no su localización y su reconocimiento (Albertín, 2017). En las instituciones de salud, es posible observar varios mecanismos que se asocian a la producción de la violencia, como lo son las estrategias de complicidad dentro de la profesión

médica que permiten la difusión de un discurso que legitima una única forma de hacer medicina (la occidental) y que descalifica otras, la existencia de jerarquías rígidas e incuestionables entre médicos y pacientes, la internalización por parte de las mujeres del discurso dominante (la forma extrema de la violencia simbólica de acuerdo a Bourdieu (2000)), entre otros (Castro y Riquer, 2006). En ese sentido, en el ámbito de la salud se manifiestan diversas formas de violencia que han sido invisibilizadas y son relevantes de problematizar desde una perspectiva de género, sobre todo en lo que respecta a la salud mental en tanto constituye un ámbito donde manifiestan importantes vulneraciones y desigualdades de género.

1.2. La salud mental como asunto de género

Fue el activismo y la producción académica feminista de la segunda ola¹ el impulso inicial para abordar la relación entre género y salud mental. La asociación entre los problemas de salud mental y el rol marital, fue uno de los temas que comenzó a problematizar el movimiento de liberación de las mujeres durante la segunda mitad de los años 60', en tanto las feministas pertenecientes a dicho movimiento, planteaban que el confinamiento de las mujeres al hogar y lo doméstico –característico de la situación de la mujer durante los años 50' – era una fuente de enorme frustración y malestar, que generó muchos conflictos familiares y rupturas maritales y también que muchas mujeres desarrollaran problemas de salud mental (Busfield, 1988). Por otra parte, varios de los análisis se situaron en torno a la relación de las mujeres con el discurso y la práctica psiquiátrica (Ruiz y Jiménez, 2003). En ese sentido, sus aportes y críticas se dirigieron fundamentalmente al carácter patriarcal y los sesgos sexistas presentes en el ámbito de la salud mental, particularmente en la psiquiatría (Ordorika, 2009), lo cual tendría directa repercusión en la construcción de los discursos médicos y en la organización y prácticas de los sistemas de salud.

¹ Para algunas autoras los movimientos feministas que surgen a partir de los años sesenta serían parte de una tercera ola feminista. Véase en: Cobo, R., De la Cruz, C., Volio, R & Zambrano, A. (2009). Cuadernos de género: Políticas y acciones de género. Materiales de Formación. Universidad Complutense, Instituto Complutense de Estudios Internacionales, Madrid.

Una de las principales críticas que se le continúa haciendo al modelo de medicina actual dominante, basado en el conocimiento científico occidental que se imparte en universidades y se ratifica en medios académicos, radica en la excesiva atención que se le presenta a los aspectos biológicos, en comparación con la escasa consideración de los factores culturales y psicosociales que inciden en la manifestación y reconocimiento de síntomas y/o enfermedades (Tovar, 2004). En ese sentido, diversos estudios han demostrado que producto de las influencias culturales y el aprendizaje social, las mujeres se encuentran más predispuestas que los hombres a reconocer la presencia de enfermedades y a establecer contacto para buscar atención médica, en tanto resulta más aceptable socialmente que una mujer acuda al médico que un hombre y por lo tanto, estas podrían encontrarse en una mayor situación de riesgo de ser diagnosticadas y de recibir una prescripción farmacológica porque frecuentan más las consultas (Pla, Adam y Bernabeu, 2013). Vinculado a lo anterior, los(as) médicos(as) responderían de forma diferente a los pacientes hombres o mujeres que manifiestan un mismo malestar, ofreciendo diagnósticos y tratamientos diferentes. Dicho sesgo implicaría un sobre diagnóstico y una excesiva prescripción de psicofármacos hacia las usuarias de los servicios de salud mental (Markez, et al., 2004).

La predisposición para etiquetar mayormente a las mujeres como “enfermas mentales”, estaría atravesada por sesgos y estereotipos de género, que reivindican una concepción de fragilidad en las mujeres, por lo que tendrían una mayor probabilidad de ser diagnosticadas con algún problema emocional o “alteración psicológica”. En ese sentido, el orden social, a su vez también sexista, impacta sobre las concepciones de salud y de las categorías diagnósticas, reforzando la idea de que las mujeres poseen cuerpos y mentes deficientes en comparación con los varones (Ordorika, 2009).

En relación con lo señalado, dentro de los debates en torno al género y la salud mental, diversos trabajos han analizado los procesos que han llevado, desde el surgimiento de la psiquiatría en el siglo XIX, a considerar los denominados “trastornos mentales” bajo una representación femenina (Chesler, 2005), lo cual ha condicionado muchos de los tratamientos otorgados por los psiquiatras. En ese sentido, la histeria, constituye un ejemplo emblemático que ilustra muy bien dicha situación, en tanto siempre fue considerada una enfermedad exclusivamente

femenina y *“que ha servido históricamente como un dispositivo regulador de los cuerpos de las mujeres, principalmente de su sexualidad”* (Gall y Mattio, 2017, p.5).

1.3. Violencia de género en salud mental

A partir de las reflexiones críticas expuestas anteriormente en torno a las desigualdades y vulneraciones que se manifiestan en el ámbito de la salud mental hacia las mujeres, particularmente desde la institucionalidad psiquiátrica, se evidencia que, en dicho ámbito, se manifiesta también la violencia de género como problema estructural. Pues, *“la inequidad de género, que conlleva discriminación y violencia, también permea las instituciones dedicadas a atender la salud mental”* (Ramos-Lira, 2014, p.281).

La historia de la psiquiatría y de la atención de la salud mental ha estado marcada por violaciones flagrantes a los Derechos Humanos (Pûras, 2017), particularmente hacia las mujeres, en tanto, si se analizan las consecuencias negativas que el saber médico ha generado para las mujeres, en especial el psiquiátrico, es posible dar cuenta de cómo el cuerpo, la mente y los estados de salud y enfermedad, han sido en diversas ocasiones, instrumentos utilizados por dichas disciplinas para legitimar la desigualdad y la discriminación hacia las mujeres, con mecanismos tales como la medicalización, la patologización o la invisibilización (Ruiz y Jiménez, 2003). Por otra parte, dentro las consecuencias que ha implicado para las mujeres ser etiquetadas de “locas”, se encuentran: el suicidio, el aislamiento, el estigma social y el sufrimiento físico (Ruiz y Jiménez, 2003).

Existen muchas mujeres que, habiendo sufrido violencia y desigualdades en el seno de sus familias, comunidades y sociedades y que, por ende, manifiestan problemas de salud mental, muy a menudo se enfrentan a situaciones de violencia, coacción y humillaciones en centros de salud mental (Pûras, 2017). Por otro lado, algunos autores plantean que las mujeres no son atendidas en instituciones psiquiátricas porque poseen “enfermedades mentales”, sino que, por el contrario, éstas padecerían problemas de salud mental porque se encuentran expuestas constantemente a un sistema de desintegración de la personalidad, que comienza en la casa y termina en el hospital psiquiátrico (Castro y Bronffman, 1993).

De tal manera, la salud mental también constituye uno de los ámbitos donde se manifiesta la violencia de género como problema estructural, la cual se puede identificar en dos dimensiones. En primer lugar, en una dimensión de tratamientos y procedimientos, en tanto, las mujeres son diagnosticadas con problemas de salud mental y consumen psicofármacos con mucha mayor frecuencia que los hombres (Romo, et al, 2003; Markez, et at, 2004), prácticas que regularmente tienen un carácter involuntario y coercitivo. En segundo lugar, en una dimensión simbólica, en tanto existen estigmas anclados en el imaginario social de la locura, que se manifiestan como expresión de orden sociocultural (Nunes y De Torrente, 2009). En relación con este aspecto, es relevante analizar los contenidos y significados que existen en torno a los conceptos de salud, enfermedad mental y de las categorías diagnósticas, con el fin de reconocer cómo el orden sociocultural y lo sesgos de género, impactan sobre dichas concepciones (Ordorika, 2009).

1.4. Perspectivas en torno a la salud mental en Chile: Expertos(as) por Formación vs Expertos(as) por Experiencia

Chile actualmente se encuentra entre los países con mayor morbilidad psiquiátrica en el mundo (Vicente, Saldivia y Pihán, 2017). A partir de dicho panorama surgen diversos debates y posturas sobre cómo se aborda el problema de la salud mental en el país y cuál es el nivel de respeto que existe hacia los derechos de los(as) usuarios(as) de dichos servicios.

La problemática de la salud mental en nuestro país ha sido abordada desde dos perspectivas. Por un lado, desde una perspectiva principalmente biomédica, presente en la mayoría de las instituciones de salud, que concibe el origen de los problemas de salud mental como un problema orgánico- desequilibrio químico, factores genéticos- por lo que existe una validación del tratamiento farmacológico, a modo de revertir o tratar dichas “enfermedades”. En ese sentido, en la sociedad actual, el auge de los psicofármacos tiene una directa relación con la expansión de una mirada que tiende a comprender los denominados problemas de salud mental o malestares subjetivos de las personas como productos objetivos, que no dependen de las circunstancias sociales, sino de problemas endógenos etiquetados bajo categorías psiquiátricas

(Pérez, 2012). Dicho enfoque predomina no solo en Chile sino a nivel mundial, en tanto la salud mental sigue estando excesivamente medicalizada y dominada por un modelo biomédico reduccionista, que, con el apoyo de la psiquiatría y la industria farmacéutica, dominan la práctica clínica, las políticas e inversiones en salud mental (Pûras, 2017).

Por otra parte, las organizaciones y movimientos sociales han adoptado una perspectiva de cuestionamiento al abordaje de la salud mental en Chile y al funcionamiento de dicho sistema. En esta perspectiva destaca el Colectivo Autogestión Libremente, agrupación compuesta principalmente por usuario(as) y ex usuario(as) del sistema de salud mental (autodenominados “sobrevivientes de la psiquiatría”- “experto(as) por experiencia”) y también por personas que no han vivido la experiencia de la psiquiatrización, es decir la experiencia o vivencia de atención en salud mental y/o consumo de psicofármacos (Castillo, 2016), pero que están interesadas en el activismo y temáticas de salud mental. En ese sentido, el Colectivo se posiciona desde una perspectiva crítica hacia el modelo biomédico que rige a la psiquiatría y reivindica la aplicación de un enfoque de derechos humanos en el campo de la salud mental, en tanto el estigma que se configura en torno a las experiencias de malestar subjetivo y la vulneración de derechos dentro del sistema de salud mental, es una experiencia compartida y reconocida por los y las integrantes del Colectivo.

Desde el año 2016, en el Colectivo Autogestión Libremente se levanta la problemática “no es lo mismo ser loca que loco”², a partir de las reflexiones que se fueron generando durante el transcurso del mismo año, en las reuniones y conversaciones entre las integrantes de Libremente, donde se hicieron patentes las diferencias que han tenido hombres y mujeres en sus experiencias de psiquiatrización. Desde dicho diagnóstico, se crea en el año 2017 la Colectiva “No es lo mismo ser loca que loco”, a partir de mujeres expertas por experiencia que plantearon la necesidad de generar un espacio dedicado a ahondar y problematizar, desde una perspectiva feminista, las diferencias de género presentes en el ámbito de la salud mental,

² Información obtenida a partir de la participación de la autora del presente estudio en el Colectivo Autogestión Libremente durante el 2016 en calidad de investigadora para estudio de la Cátedra Metodologías Cualitativas de la Carrera de Sociología de la Universidad de Chile y el 2017 de manera voluntaria.

entendiendo que las mujeres encuentran expuestas a una mayor vulneración de derechos y violencia dentro de este sistema, tanto en los tratamientos y procedimientos que proveen y realizan, como en la estigmatización que se configura en torno a las etiquetas diagnósticas para las mujeres.

A partir de las dos perspectivas que se reconocen-perspectiva institucional y perspectiva de las organizaciones y/o movimientos sociales- desde las cuales ha sido abordado el problema de la salud mental en Chile, es posible dar cuenta del conflicto que se da entre los denominados(as) expertos(as) por formación y los(as) expertos(as) por experiencia.

Mark Creswell (2005) plantea la existencia de dos saberes contrapuestos en el campo de la psiquiatría. Por un lado, los “conocimientos oficiales” que se centran en la clasificación científica, la formación académica y la evidencia estadística y por otra parte se encuentran los saberes de los denominados sobrevivientes de la psiquiatría que se enmarcan en sus experiencias de psiquiatrización y testimonios en el ámbito de la salud mental.

En el marco de la construcción del conocimiento en el ámbito de la salud mental, los(as) expertos(as) por formación, es decir quienes han adquirido sus conocimientos por medio de la educación formal y académica, se han posicionado como poseedores de la «verdad», del saber objetivo, apropiándose la capacidad de definir las experiencias sociales de la gente, especialmente de las mujeres, como susceptibles de tratamiento médico (Markez et al, 2003).

Ante dicho panorama, se plantea desde la perspectiva de los(as) expertos(as) por experiencia, una disputa en torno al conocimiento, reivindicando sus propios saberes que se expresan en *“los significados y narrativas que forman parte de su repertorio interpretativo en torno a las situaciones sociales vinculadas a la salud mental”* (Castillo, 2016, p.48), lo cual tiende a entrar en conflicto con los saberes de los “expertos por formación”. En ese sentido, desde las propias personas que han vivido la experiencia de la psiquiatrización, también llamados(as) “expertos(as) por experiencia o sobrevivientes de la psiquiatría”, se plantea una crítica y se articulan prácticas de resistencia, en respuesta a las estructuras jerárquicas que rigen los sistemas de salud mental y sus procedimientos, las cuales permiten que los(as) profesionales

puedan abordar las relaciones con los(as) pacientes, desde el verticalismo y la coerción (Castillo,2016).

Como respuesta y crítica a la marginación de los saberes particulares que las personas tienen sobre sus experiencias de atención, diagnóstico y uso de psicofármacos en el ámbito de la salud mental, surge el año 2017 el Centro de Estudios Locos³, una iniciativa que promueve la investigación crítica y militante en salud mental, es decir la generación de conocimientos con un enfoque alternativo al paradigma biomédico y farmacológico, reivindicando los saberes de los(as) expertos por experiencia y fomentando su protagonismo en las discusiones sobre materias de derechos en salud mental. De esta forma, el Centro de Estudios Locos no sólo se ha centrado en la producción y publicación académica en el ámbito de la salud mental desde un enfoque alternativo, sino que también ha promovido la organización de instancias colectivas y participativas para la difusión de dichos conocimientos y el intercambio de vivencias entre expertos(as) por experiencia, congregando tanto a personas activistas en materia de salud mental, como a otras no organizadas pero que comparten un discurso crítico en torno a sus experiencias de psiquiatrización.

A partir de la disputa que se da entre los denominados(as) expertos(as) por formación y los(as) expertos(as) por experiencia, se plantea la relevancia de ahondar en un elemento que se reivindica desde estos últimos y los sobrevivientes de la psiquiatría, que consiste en las particularidades de sus vivencias y saberes en relación con sus experiencias de psiquiatrización. Esas particularidades, se enmarcan en un escenario común de prácticas violentas y de abuso por parte de la institucionalidad psiquiátrica hacia los usuarios(as). En ese sentido, un elemento fundamental que se ha venido problematizando tanto desde el plano académico como desde los movimientos de usuario(as) y ex usuario(as) y que constituyen uno de los ejes de la presente investigación, son las diferencias de género que se evidencian en las experiencias de psiquiatrización, tema que fue inicialmente destacado por activistas feministas,

³ Para más información consultar: <https://www.facebook.com/Centrodeestudioslocos/> o centrodeestudioslocos@gmail.com.

que identificaron que las prácticas coercitivas y de patologización de la psiquiatría tienen un componente de género importante.

1.5. Formulación de la pregunta de investigación

La presente investigación tiene el interés de vincular género y salud mental y problematizar particularmente la experiencia de mujeres. Se pretende estudiar las representaciones y prácticas de resistencia en torno a la violencia de género en salud mental-tanto en su dimensión de tratamientos y procedimientos como en su dimensión simbólica-desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico respecto a su experiencia de psiquiatrización, debido a la particularidad que pueden tener estas mujeres para tensionar sus propias vivencias y las diferentes manifestaciones de violencia de género que pueden haber vivido en sus experiencias de psiquiatrización o atención en salud mental y a partir de ello adoptar o desarrollar prácticas de resistencia en respuesta a dichas vivencias.

Desde esta perspectiva, se busca abordar y rescatar las representaciones y discursos de mujeres que poseen una perspectiva crítica, es decir, que son conscientes de que poseen posibilidades de acción y resistencia respecto a sus experiencias en el ámbito de la salud mental. A partir de dicha particularidad se pretende indagar cómo dichas mujeres experimentan los problemas de salud mental, qué tipo de conocimiento crean a partir de sus experiencias de psiquiatrización y que representaciones tienen sobre la violencia de género en salud mental, tanto en el ámbito de los tratamientos y procedimientos como respecto a la construcción simbólica que existe en torno a sus experiencias como usuarias y/o ex usuarias del sistema de salud mental y cuáles son las estrategias desarrollan frente a ello.

Este enfoque no pretende concebir a las mujeres únicamente como víctimas de la violencia. Si bien se reconoce el componente estructural que posee la violencia de género, que se manifiesta también en el ámbito de la salud mental y vulnera en mayor medida a las mujeres, no se puede omitir que las mujeres son sujetos reflexivos. Si bien sus márgenes de decisión pueden ser más limitados que los de sus contrapartes masculinos, dichos márgenes existen y les permiten posibilidades de elección y acción (Ordorika, 2009).

La presente investigación busca aportar con conocimiento crítico respecto al ámbito de la salud mental y desde la sociología de la salud, identificando y considerando los antecedentes sociales, las desigualdades y los efectos de los cambios y las estructuras sociales que subyacen particularmente a los procesos de salud y enfermedad de las personas (Karvonen, Kestilä y Mäki-Opas ,2018). Pues, resulta relevante poner énfasis en las situaciones sociales vinculadas a las experiencias de las mujeres con los servicios de salud mental, debido a que hasta la fecha no se han registrado estudios⁴ en Chile, que aborden los problemas de salud mental desde una perspectiva crítica, que den cuenta de la importancia de considerar una perspectiva de género y aspectos socioculturales a la hora de abordar y analizar el panorama de la salud mental en Chile. Por otra parte, se busca rescatar y dar voz a las vivencias y conocimientos de mujeres que poseen un discurso crítico de sus experiencias de psiquiatrización, debido a que, como expertas por experiencia, poseen saberes que les permite hablar de manera autorizada respecto a sus vivencias de atención, diagnóstico y tratamiento en salud mental y una perspectiva crítica que permite dar cuenta de que en dicho ámbito existen importantes desigualdades y vulneraciones de derechos hacia las mujeres, lo cual es necesario visibilizar.

A partir de lo señalado previamente, es que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las representaciones y las prácticas de resistencia en torno a la violencia de género en salud mental, desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico respecto a su experiencia de psiquiatrización?

A partir de dicha interrogante se analizó la dimensión de tratamientos y procedimientos y la dimensión simbólica de la violencia de género en salud mental, desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico respecto a su experiencia de psiquiatrización. También, se indagó en las prácticas de resistencia que tienen dichas mujeres respecto a sus experiencias de psiquiatrización y/o directamente hacia la violencia de género en salud mental. Para ello se

⁴ La búsqueda bibliográfica realizada en bases de datos del Ministerio de Salud, y la Escuela de Salud Pública, junto con revistas y publicaciones académicas no ha arrojado resultados de investigaciones o estudios que aborden y/o problematicen particularmente las situación o experiencias de mujeres en el ámbito de la salud mental en Chile desde una perspectiva de género.

realizó un estudio cualitativo con mujeres expertas por experiencia, contactadas a través del Centro de Estudios Locos, cuyo posicionamiento crítico se comprende por su participación en organizaciones y/o actividades relacionadas con temáticas de salud mental, donde han compartido y reflexionado críticamente sobre sus experiencias de psiquiatrización.

2. Objetivos de la Investigación

Objetivo General: Indagar en las representaciones y prácticas de resistencia en torno a la violencia de género en salud mental, desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico respecto a su experiencia de psiquiatrización.

Objetivos Específicos:

1. Analizar las representaciones en torno a la dimensión de tratamientos y procedimientos de la violencia de género en salud mental, desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico respecto a su experiencia de psiquiatrización.
2. Analizar las representaciones en torno a la dimensión simbólica de la violencia de género en salud mental, desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico respecto a su experiencia de psiquiatrización.
3. Indagar en las prácticas de resistencia en torno a la violencia de género en salud mental, desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico respecto a su experiencia de psiquiatrización.

3. Relevancias

3.1. Relevancia Teórica

Esta investigación pretende contribuir en primer lugar, con conocimiento crítico desde la sociología, que permita dar cuenta de las limitaciones y sesgos de género que existen en los discursos y prácticas de los sistemas de salud mental. En ese sentido, hasta la fecha no se han encontrado publicaciones sobre el ámbito de la sociología de la salud o específicamente sobre salud mental en Chile, que realicen críticas o planteen la necesidad a realizar cambios estructurales en el orden de género en tanto tienen importantes repercusiones en cómo se comprenden y abordan los problemas de salud mental, sobre todo para las mujeres.

En segundo lugar, se plantea la importancia de que los trabajos sobre las temáticas de salud mental tengan una perspectiva de género y/o feminista, es decir, es imprescindible considerar la relevancia que poseen los aspectos socioculturales y los roles de género en la salud mental de las mujeres.

3.2. Relevancia Práctica

El conocimiento producido por la presente investigación pretende contribuir como insumo para el desarrollo e implementación de programas y políticas públicas, que permitan visibilizar, cuestionar y por consiguiente erradicar los estereotipos y sesgos de género y las vulneraciones de derechos existentes en las instituciones de atención psiquiátrica y en el sistema de salud mental en general. También, se busca remarcar la importancia de incorporar protagónicamente los saberes y testimonios los(as) expertos(as) por experiencia en los debates y diálogos públicos en torno a la salud mental, a la hora de evaluar la calidad de los servicios y el respeto de los Derechos Humanos en las instituciones de salud mental, además de constituir un aporte para la generación de instancias comunitarias, de investigación participativa y militante, que vayan más allá de las concepciones y abordajes biomédicos de la salud mental.

4. Antecedentes

4.1 Abordaje del problema de la salud mental desde organismos internacionales

En junio del año 2017, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud, Dainius Pûras presentó un informe ante el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, que analiza la situación del derecho a la salud mental en el mundo.

En dicho informe se plantea, en primer lugar, que existe un déficit de financiamiento en materia de salud mental, por parte de los Estados a nivel mundial. Se estima que a escala mundial se destina a la salud mental menos del 7% de los presupuestos de salud y que los países de bajos ingresos emplearían en este ámbito menos de 2 dólares anuales por persona. (Pûras, 2017). En ese sentido, la mayor parte de la inversión en salud mental se dirige a intervenciones que se centran en tratamientos con psicofármacos e internaciones en hospitales psiquiátricos, lo que implica una escasa o nula existencia de políticas de carácter comunitario o que trasciendan el enfoque biomédico.

A partir de dicho panorama mundial, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud, pidió una revisión “revolucionaria” de los sistemas de salud mental en todo el mundo, destacando que en muchos países se sigue dependiendo del uso excesivo de psicofármacos y se encuentran aferrados a un modelo biomédico de salud mental, que considera las diferencias subjetivas como problemas biológicos que deben ser tratados con medicación. En la misma línea, señala que los sistemas de salud mental y los argumentos de los psiquiatras se encuentran basados en prácticas y paradigmas obsoletos. De tal forma, *“las personas con discapacidad psicosocial siguen considerándose erróneamente peligrosas, a pesar de las pruebas evidentes de que suelen ser víctimas, y no autoras, de actos de violencia”* (Pûras, 2017, p.8), lo cual perpetúa el estigma y medidas coercitivas que se encuentran naturalizadas y son utilizadas de manera extendida en los sistemas de salud mental en la actualidad.

Un avance no menor en cuanto al diagnóstico realizado por Pûras, corresponde al reconocimiento o acercamiento a la problemática de violencia de género en los sistemas de salud mental, en tanto reconoce que los desequilibrios de poder existentes al interior de estos sistemas *“favorecen el paternalismo e incluso las visiones patriarcales, que dominan la relación entre los profesionales de la psiquiatría y los usuarios de los servicios de salud mental”* (Pûras, 2017, p.7).

El informe del Relator Especial de la ONU sobre el derecho a la salud marca un antecedente importante en lo que respecta a salud mental, debido a que reconoce la existencia de violaciones de Derechos Humanos en los sistemas de atención de salud mental, en tanto se constituyen relaciones asimétricas de poder, que desempoderan a los usuarios y restringen su derecho a tomar decisiones sobre su salud. Además, el informe evidencia un respaldo por parte de las leyes e instituciones que permiten que los profesionales de la psiquiatría lleven a cabo tratamientos e internaciones forzosas que legitiman su posición de poder y autoridad y el uso indebido de sus atribuciones (Pûras, 2017). En ese sentido, lo expuesto en el informe de la ONU también permite respaldar la problematización realizada desde las(os) expertas por experiencia en relación a la violencia de género, ya que el reconocimiento por parte de organismos internacionales de que *“ser loca no es lo mismo que ser loco”*, puede contribuir a una mayor visibilización de la problemática, poniendo en el centro de la discusión pública los saberes y vivencias de las personas que han vivido la experiencia de la psiquiatrización a la hora de reflexionar y reformular lo que se entiende por salud mental.

4.2 Mad Pride (Orgullo Loco) y Mad Studies (Estudios Locos)

Los movimientos de ex usuarios(as) y autodenominados(as) sobrevivientes de la psiquiatría han sido históricamente reconocidos por sus críticas a las prácticas de violencia y coerción que ejerce la psiquiatría y a los modelos reduccionistas de *“enfermedades mentales”*.

Muchos de estos(as) activistas se van a reapropiar del lenguaje de la locura, como forma de desafiar a la institucionalidad psiquiátrica y sus prácticas de etiquetar y patologizar conductas diferentes. Según Schrader (2013) en la década de los noventa, emerge el Movimiento del

Orgullo Loco, en un primer momento en Canadá, pero luego se extendió a varios países del mundo. Dicho movimiento social junto con la resignificación de términos como “loco” y “loca”, han ayudado a consolidar la locura como una identidad sociopolítica minoritaria, pero culturalmente activa y significativa.

Desde la década de los noventa, “los locos(as)”, se han posicionado en el espacio público y en el trabajo de activistas críticos y académicos de todo el mundo. Para las personas y organizaciones comprometidas en la resistencia contra la psiquiatría, resignificar la locura es un acto claramente político (Menzies, Le François y Reaume, 2013). En este contexto y bajo dicha premisa emergen los denominados Estudios Locos, que de acuerdo a Menzies, Le François y Reaume (2013) pueden entenderse como proyectos de investigación, producción de conocimiento y acción política, tanto desde las personas consideradas locas, como también desde aliados, críticos sociales, teóricos revolucionarios y profesionales radicales que han buscado distanciarse del determinismo biológico de la psiquiatría mientras respetan, valoran y privilegian los pensamientos loco, de aquellos a quienes la psiquiatría convencional condenaría a una serie de diagnósticos y tratamientos.

Asimismo, el Movimiento del Orgullo Loco, más que enfocarse en promover el bienestar individual, se centra en la formación colectiva de una identidad de grupo que da pie a la crítica política y al cambio. Así como los Estudios locos, que promueven una crítica organizada hacia la psiquiatría biomédica, al mismo tiempo que validan y rescatan las vivencias de los denominados sobrevivientes de la psiquiatría. De esta manera, el movimiento y las propuestas políticas de los expertos(as) por experiencia(a) que conforman el Orgullo Loco y los Estudios Locos, constituyen un antecedente relevante para analizar las prácticas de resistencia tanto individuales como colectivas, que se han articulado contra los tratamientos y procedimientos psiquiátricos y el estigma de la locura, además de reivindicar discursos alternativos al modelo hegemónico de salud mental.

4.3. Manual de Derechos en Salud Mental

El Manual de Derechos en Salud Mental (2015), elaborado desde “Locos por Nuestros Derechos”-equipo conformado por usuarios y ex usuarios de servicios de salud mental y un grupo de investigadores comprometidos con los Derechos Humanos-tiene como objetivo principal, promover el reconocimiento, ejercicio y defensa de derechos de las personas que reciben atención en centros o instituciones de salud mental.

Dicho proyecto, tiene como antecedente principal el Proyecto FONIS SA12I2073 “Evaluación de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes en servicios de salud mental, integrando perspectivas de usuarios y equipos de salud” (Minoletti et al., 2014). Donde por primera vez se integran percepciones y experiencias de los(as) usuarios(as) de los servicios de salud mental y sus familias para la evaluación de la calidad y el respeto a sus derechos en dichos servicios, ya que la mayoría de los estudios en materia de salud mental en Chile hasta la fecha, se han centrado únicamente en las opiniones y conocimientos de los(as) profesionales de los servicios de salud.

Los principales hallazgos del estudio dan cuenta de que los equipos de salud mental considerados en la evaluación tienen una percepción de que la mayoría de los estándares de calidad y respeto a los derechos se cumplen de mejor manera que lo que perciben los usuarios y sus familiares (Minoletti et al., 2014). Dentro de los derechos que tuvieron una peor evaluación, se encuentra, la baja o nula participación que tienen los(as) usuarios(as) para decidir u opinar sobre sus preferencias del lugar y forma de su tratamiento. En ese sentido, los usuarios(as) y familiares poseen una mayor consciencia que el equipo de salud mental sobre la desprotección en que se encuentran los(as) pacientes frente a indicaciones médicas de privación de libertad o tratamientos en contra de su voluntad. Asimismo, el derecho a vivir de forma independiente y ser incluido(as) en la comunidad fue el que obtuvo el peor puntaje en el estudio, evidenciando que el estigma y los prejuicios constituyen obstáculos significativos para el reconocimiento pleno de los(as) usuarios(as) de los servicios de salud mental como personas.

Si bien el proyecto FONIS, constituye un avance respecto a la problematización y visibilización de las vulneraciones de derechos que ocurren en los servicios de salud mental, a partir de las percepciones de los(as) propios usuarios(as) y familiares, no consideró la variable de género a la hora de analizar las percepciones sobre la calidad y el respecto a los derechos en los sistemas de salud mental, para indagar y ver la presencia o no de diferencias significativas en las percepciones de hombres y mujeres usuarias(os) respecto a sus experiencias de psiquiatría.

Posterior a la publicación de resultados del proyecto FONIS señalado, se decide llevar a cabo desde Locos por Nuestros Derechos la realización del Manual de Derechos en Salud Mental (2015), donde se exponen una serie de derechos que se enmarcan en la promoción de una atención de salud mental de calidad, basándose principalmente en el instrumento Calidad y Derechos de la OMS y en lo establecido por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de las Naciones Unidas⁵. Informando y explicando la importancia de elementos como el consentimiento informado, las declaraciones de voluntad anticipada y cuáles son los derechos que deben ser exigidos por los usuarios(as) y respetados por los(as) profesionales de los servicios de salud mental. De esta manera, se busca evitar que los(as) usuarios del sistema de salud mental vivencien situaciones como hospitalizaciones involuntarias⁶, tratamiento farmacológico forzoso y/o procedimientos de carácter irreversible

⁵ Tratado Internacional suscrito y ratificado por Chile el año 2008, que reconoce la centralidad de los conceptos de dignidad, respeto por la voluntad de la persona, autonomía, igualdad de oportunidades y no discriminación, como una problemática de Derechos Humanos. Principios que deben ser respetados y garantizados en los establecimientos de salud mental en nuestro país.

⁶ De acuerdo al informe elaborado por el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014), las regulaciones en Chile sobre el consentimiento en la atención de salud mental, así como para la hospitalización y los tratamientos involuntarios no cumplen plenamente con las normativas internacionales (principalmente con la CDPD) ni con las recomendaciones de la OMS, ya que no contemplan la existencia de organismos autónomos que autoricen y supervisen los procedimientos involuntarios. Para más información ver: Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014). Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. Santiago, Chile.

como lo es la esterilización forzosa⁷ para el caso de las mujeres, debido a que son violentas y vulneran los Derechos Humanos de las personas.

Dentro de los aportes más relevantes del Manual se encuentra la invitación y promoción hacia la participación y organización de personas que han vivido experiencias compartidas en los servicios de salud mental, es decir darle protagonismo a los(as) expertos(as) por experiencia en la lucha por la reivindicación de sus derechos en el ámbito de la salud mental.

4.4. Situación de salud mental en Chile

De acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSAL) los problemas de salud mental en Chile tienen una alta prevalencia y constituyen la principal fuente de carga de enfermedad, según el último “Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible” realizado en nuestro país en el año 2008 (MINSAL, 2017). A la hora de analizar dicho panorama cobra gran relevancia la variable de género, en tanto la salud mental constituye un ámbito donde se presentan importantes diferencias entre hombres y mujeres.

Los resultados emitidos por la Encuesta Nacional de Salud⁸ 2016-2017 en el módulo de salud mental dan cuenta de la existencia de diferencias significativas según sexo en indicadores vinculados a depresión y suicidio. En cuanto al indicador de “sospecha de depresión en los últimos 12 meses”, en población de 18 o más años, se reportó un 10% para el caso de los hombres y un 22% para el caso de las mujeres. Respecto al indicador “Prevalencia Depresión de los últimos 12 meses”, se observa un 2,1% en los hombres y un 10,1% en las mujeres (MINSAL, 2018). De acuerdo con dichas cifras, las mujeres poseen una probabilidad de

⁷ La Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, permite la realización de procedimientos irreversibles (psicocirugía, esterilización, etc.) sin consentimiento de la persona afectada. Para más información ver: Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014). Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. Santiago, Chile.

⁸ Para el presente documento se consideraron los indicadores de salud mental disponibles en el informe de la segunda entrega de resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

desarrollar estados depresivos mucho mayor que los hombres.

Por otra parte, el indicador “planificación suicida”, que refiere a si la persona ha hecho algún plan para suicidarse en los últimos 12 meses, arrojó un 0,4% para el caso de los hombres y un 2,5% para el caso de las mujeres y el indicador “intento suicida”, que refiere a si la persona ha intentado suicidarse en los últimos 12 meses, mostró un 0,2% en el caso de los hombres y un 1,3% en las mujeres (MINSAL, 2018).

Las cifras que arrojan los indicadores de depresión y suicidio de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, dan cuenta de que existen importantes diferencias entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud mental. Lo anterior, se reafirma con los datos obtenidos de informe de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) sobre Estadísticas de Licencias Médicas de Origen Común por Enfermedades Mentales del Año 2019 - Primer Cuatrimestre 2020, donde se señala que para el año 2019 se autorizaron 923.489 licencias médicas electrónicas asociadas a trastornos mentales, de las cuales 81% corresponden a FONASA y 19% a ISAPRES. Respecto a la distribución de las licencias por motivos de salud mental autorizadas por seguro de salud y sexo para el mismo año, las mujeres representan un 76% para FONASA y un 59,3% para ISAPRES, a diferencia de un 24% y un 40,7% para los hombres respectivamente (SUSESO, 2020).

En relación con este panorama, un elemento relevante a considerar es que nuestro país no cuenta con estudios que permitan evaluar y profundizar diferencias culturales de género en la prevalencia y manifestación de problemas de salud mental (MINSAL, 2013). Lo cual es una tarea pendiente, en tanto, pueden existir necesidades y problemas no detectados para el caso de los hombres, debido a que consultan en menor medida los servicios de salud en general, como también es necesario abordar aspectos como los roles de género, las condiciones socioeconómicas y la autonomía, en tanto juegan un papel de suma importancia en los estados de salud de las mujeres (Lafaurie, 2010).

5. Marco Teórico-Conceptual

5.1. Antipsiquiatría

Se realizará una breve revisión del movimiento y corriente de la antipsiquiatría, perspectiva teórica desde donde surgen los primeros cuestionamientos hacia la institucionalidad psiquiátrica y sus prácticas y que va a influenciar la organización de usuario(as) y ex usuario(as) de los servicios de salud mental que reivindican una mirada alternativa a la psiquiatría.

El concepto de antipsiquiatría fue propuesto por el psiquiatra David Cooper en la década de los sesenta, posicionándose en contra de la violencia ejercida por la psiquiatría hacia las personas (Cooper, 1985). En este contexto surge lo que se denominó como “antipsiquiatría clásica”. Asimismo, surgieron críticas desde varios focos: investigadores sociales, filósofos y sobre todo psiquiatras críticos de Europa y Estados Unidos que denunciaban y criticaban prácticas como el encierro forzoso y las inhumanas condiciones de vida de las personas diagnosticadas como “locos” o “locas” (Pérez, 2012).

Uno de los importantes referentes de la antipsiquiatría clásica fue el psiquiatra italiano Franco Basaglia, quien promovió a partir de lo que denominó “psiquiatría democrática”, la desinstitucionalización del encierro en instituciones asilares y de la medicación forzosa, promoviendo el desmantelamiento de la infraestructura médica de los manicomios, para transformarlos en centros de acogida, encuentro y creación cultural (Pérez, 2012).

Las críticas y denuncias de Basaglia fueron principalmente en términos políticos, apuntando a las relaciones de poder y dominación presentes en la psiquiatría y su rol en la sociedad:

“El psiquiatra estará siempre en una situación de privilegio, de dominio en relación con el enfermo. Esto también es algo que la historia de la psiquiatría nos hace comprender. Ella es la historia de los poderosos, de los médicos, y nunca de los enfermos. Desde este punto de vista, la psiquiatría es desde su nacimiento una técnica altamente represiva, que el Estado siempre

usó para oprimir a los enfermos pobres, es decir la clase trabajadora que no produce” (Basaglia, 2013, p.26).

En la misma línea crítica y de denuncia en términos políticos, Foucault (2005) va a sostener que las instituciones asilares se constituyeron como instrumentos represivos y de disciplinamiento. El encierro en los hospitales psiquiátricos para Foucault tenía como objetivo la imposición de normas sociales encubiertas bajo ciencia. A su vez, Goffman (2012) planteó que el encierro en instituciones totales, como los hospitales psiquiátricos, conlleva procesos de adaptación y sometimiento, que reduce al paciente a una condición de objeto y deteriora su identidad.

Uno de los logros del movimiento antipsiquiátrico clásico y que va a ser el punto culmine de su trayectoria, consistió en el progresivo cierre de hospitales psiquiátricos. Sin embargo, este desmantelamiento de la infraestructura hospitalaria de algunos manicomios conllevó la actualización de los dispositivos psiquiátricos, lo que implicó que las personas que antes se encontraban internadas en dichas instituciones fueran enviadas a sus casas con tratamiento farmacológico (Pérez, 2012).

En definitiva, para el movimiento de la antipsiquiatría clásica, las condiciones de segregación y encierro de los hospitales psiquiátricos o manicomios, expresaban el carácter represivo de la psiquiatría al interior de la sociedad, lo que impulsó su denuncia hacia esta disciplina como una ideología de control social para la adaptación al orden establecido (Cea-Madrid y Castillo, 2016), postulados que sentaron las bases y consignas de lucha del movimiento y que por otra parte, influenciaron la emergencia de enfoques alternativos y experiencias de resistencia.

5.1.1 De la antipsiquiatría clásica hacia una nueva antipsiquiatría

Pérez (2012) señala que fueron dos fenómenos contrapuestos los que marcan la transición de lo que se denominó antipsiquiatría clásica hacia lo que hoy se podría denominar “una nueva antipsiquiatría”: uno es el gran impacto de la revolución farmacológica en el propio

movimiento antipsiquiátrico y el otro hecho es el surgimiento de movimientos de usuarios(as) contra la medicación psiquiátrica.

En ese sentido, mientras desde fines de la década de los 50' la lucha estuvo principalmente encabezada por intelectuales y profesionales de la salud mental, desde los años 70' se expresó en colectivos y organizaciones de personas que vivieron directamente la opresión psiquiátrica y se organizaron contra sus prácticas represivas, como la internación forzosa y el electroshock (Cea-Madrid y Castillo, 2016).

La principal diferencia entre el movimiento de la antipsiquiatría clásica y la nueva antipsiquiatría reside en que dentro de la corriente clásica existía una fuerte crítica a las prácticas y procedimientos ortodoxos de la psiquiatría y a las vulneraciones que sufrían las y los usuarios(as), todos los antipsiquiatras operaron fuertemente convencidos de que la psiquiatría como saber y disciplina podía convertirse en algo más humano (Pérez, 2012). Por otra parte, los movimientos actuales de usuarios(as) desconfían de la psiquiatría misma y critican el modelo biomédico, que se encuentra profundamente arraigado a través de siglos y plenamente presente en la formación de psiquiatras hasta el día de hoy.

La nueva antipsiquiatría se encuentra, a diferencia de la clásica, frente al problema de la medicalización y la gran prevalencia de problemas de salud mental a nivel mundial. En ese sentido, la medicalización en salud mental se ha traducido en convertir los malestares subjetivos de las personas en categorías médicas, que requieren un abordaje farmacológico. Respecto a los estados de malestar en las personas, Pérez (2012) plantea que todos los dolores objetivos, que derivan de situaciones meramente orgánicas poseen un componente subjetivo, y a la inversa, todos los dolores cuyo origen es puramente subjetivo impactan directamente en la salud física, lo cual implica que las personas siempre se encuentren ante una combinación de subjetivización del dolor físico y somatización del sufrimiento anímico. Sin embargo, el predominio del enfoque biomédico en la psiquiatría ha conllevado una creciente medicalización de la subjetividad anulando la dimensión sociocultural que subyace a los padecimientos subjetivos (Castillo,2016).

De la mano de la nueva antipsiquiatría, surgen nuevas reivindicaciones y luchas políticas en el campo de la salud mental, a través de movimientos y organizaciones de ex usuario(as) o denominados sobrevivientes de la psiquiatría, que cuestionan el concepto de “enfermedad mental” y denuncian los abusos y la violencia que han vivido en sus experiencias de psiquiatrización. De esta manera, se cuestiona el saber “experto” y las relaciones verticales que priman en los sistemas de salud mental y se reivindican las opiniones y saberes de las y los expertos por experiencia. Asimismo, la nueva antipsiquiatría sostiene que la discusión y la lucha no se debe dar exclusivamente en el campo médico, sino que debe trasladarse al plano político, pero no únicamente como oposición, sino también como lugar de creación, alternativa y resistencia (Cea-Madrid y Castillo, 2016).

5.1.2. Organizaciones y movimientos de usuarios(as), ex usuarios(as) y sobrevivientes de la psiquiatría: la emergencia de las identidades de resistencia

Como se señaló en el apartado anterior, hubo un importante cambio desde el movimiento de la antipsiquiatría clásica, encabezado principalmente por profesionales de la salud mental e intelectuales, hacia la masiva organización de ex pacientes y usuarios de la psiquiatría que lucha contra la imposición del tratamiento farmacológico, hospitalizaciones forzosas y otras prácticas psiquiátricas autoritarias (Risssmiller & Risssmiller, 2006).

Es necesario señalar, que el movimiento de ex usuario(as) y sobrevivientes de la psiquiatría, que emerge a partir de la década de los setenta, buscaba diferenciarse del movimiento clásico de la antipsiquiatría, ya que, si bien fue una influencia, este se enmarcó principalmente en el plano académico e intelectual y por décadas hablaron en nombre de los “locos” y “locas”, lo cual va a ser fuertemente cuestionado por los grupos de sobrevivientes de la psiquiatría, ya que una de sus principales reivindicaciones será la autonomía y el poder hablar por sí mismos(as), desde sus propias experiencias de psiquiatrización y saberes (Chamberlin, 1990), por ende, su foco va a ser el activismo.

De tal manera, desde el activismo, los(as) usuarios(as), ex usuarios(as) y sobrevivientes de la psiquiatría van a configurar una serie de identidades de resistencia en respuesta a la posición de enfermos(as) en que los(as) sitúa la psiquiatría y los sistemas de salud mental.

Las identidades de resistencia que van a configurar usuarios(as) y ex usuarios(as) de los sistemas de salud mental radican en el conflicto que se genera, entre sus propios saberes sobre lo que necesitan y lo que es útil para resolver sus problemas y las etiquetas que les imponen los(as) expertos(as) por formación de la salud mental sobre quiénes son y qué necesitan (Morrison, 2003). En ese sentido, los(as) activistas van a resignificar las conceptualizaciones de “loco” o loca” a modo de subvertir las etiquetas y estereotipos negativos de la psiquiatría, reivindicando el reconocimiento positivo de las experiencias diferentes y sensibilidades diversas (Cea-Madrid, 2019), es decir de las diferencias subjetivas de las personas.

Las disputas y/o resistencias desde los usuarios(as), ex usuarios(as) y sobrevivientes de la psiquiatría se expresan a través de cuestionamientos hacia la vulneración de derechos y abusos de poder de los dispositivos de salud mental y por medio de alternativas para abordar y comprender las propias diferencias subjetivas (Cea-Madrid y Castillo, 2018). De tal modo, pueden existir sujetos(as) que rechacen absolutamente los tratamientos y procedimientos psiquiátricos, otros(as) que acepten consumir psicofármacos, otros(as) que pueden haber sufrido una hospitalización no consentida, otros(as) que nunca han sido internados(as). De este modo, diversas experiencias van a configurar las identidades del movimiento, permitiendo ampliar la comprensión de la resistencia, las experiencias psiquiatrización y las diferentes motivaciones para la acción entre los miembros de dicho movimiento social (Morrison, 2003).

5.2. Feminismo y Antipsiquiatría

Si bien los antipsiquiatras establecieron una crítica radical hacia los sistemas de salud mental, poniendo al descubierto muchos problemas en relación con los diagnósticos, comprensión de la locura y tratamientos, existieron debilidades y limitaciones en sus análisis. Como señala Alvelo (2009), muchos de los teóricos e intelectuales de la antipsiquiatría no proporcionaron ni profundizaron en un análisis de la psiquiatría considerando factores de raza, género y clase.

En ese contexto, varias críticas y discusiones de los planteamientos de la antipsiquiatría vendrán desde el feminismo. El reconocimiento de que los primeros opositores de la psiquiatría no habían logrado abordar ni tensionar el problema específico de las mujeres con la salud mental, generó el ímpetu para las críticas feministas de la locura (Alvelo, 2009). A este respecto, las críticas y teóricas feministas tomaron varios de los argumentos básicos desarrollados por los antipsiquiatras y los utilizaron para analizar la posición de las mujeres en relación con la locura.

Las críticas a los sistemas de salud mental y en particular a la psiquiatría, fueron una parte clave del movimiento feminista de la segunda ola. En ese contexto, la terapeuta Phyllis Chesler (1972) tomando argumentos de la antipsiquiatría, va a criticar los tratamientos y terapias impuestos por la psiquiatría, al igual que la construcción que hay detrás de los diagnósticos de “trastornos mentales”. La autora va a plantear que el comportamiento de las mujeres va a ser regularmente cuestionado y patologizado, sobre todo si transgreden los roles de género que la sociedad les ha impuesto.

En respuesta a las consignas del movimiento feminista de la segunda ola y en particular al surgimiento de críticas hacia la violencia y abusos particulares de la psiquiatría y sistemas de salud en general, las profesionales feministas de la salud mental desarrollaron abordajes alternativos que denominaron como “terapias feministas”. Dichas terapias se basaban en la creencia de que la relación entre “cliente” y terapeuta necesitaba cambiar para reflejar los “valores femeninos” y las formas “femeninas” de conocer y relacionarse con el mundo, en lugar de la orientación androcéntrica tradicional de la salud mental (Alvelo, 2009).

La respuesta de muchas usuarias y ex usuarias hacia las nuevas “terapias feministas” fue de rechazo absoluto. Judy Chamberlin (1994), feminista y sobreviviente de la psiquiatría va a ser una de las principales críticas de Chesler y las demás mujeres que se proclamaron como terapeutas feministas, en la medida que estas se reivindicaban el derecho de hablar por las sobrevivientes de la psiquiatría, cayendo en una contradicción en tanto ellas mismas criticaban

a los profesionales de la psiquiatría por hablar en nombre de las mujeres psiquiatrizadas y sus experiencias.

Al igual que Phyllis Chesler, las mujeres que adhirieron en su primer momento a los postulados de antipsiquiatría fueron también profesionales de la salud mental y como feministas-que no habían vivido la experiencia de la psiquiatrización-se proclamaban como voceras de las ex pacientes de la psiquiatría. En ese contexto, las verdaderas usuarias y ex usuarias se organizaron en torno a su propia situación de opresión y desarrollaron su propia agenda política, desde una vereda que puede entenderse como “feminismo loco”, es decir entrelazando la lucha feminista con la antipsiquiátrica, oponiéndose a la institución de la psicoterapia y reivindicando la importancia del activismo y los grupos de apoyo entre usuarias y sobrevivientes de la psiquiatría como alternativa a los dispositivos de salud mental (Castillo, 2019) y sus propuestas “terapéuticas” para el abordaje del malestar subjetivo. De este modo, durante la década de los setenta y ochenta los movimientos de sobrevivientes de la psiquiatría fueron creciendo, así como su necesidad de autonomía, empoderamiento y resistencia.

5.3. Violencia de género en salud mental

Como se señaló en el apartado anterior, fueron mujeres académicas y profesionales de la salud mental, como también usuarias y ex usuarias de dichos sistemas, que comenzaron a tensionar la relación entre el género y la salud mental. Sin embargo, tras el profundo rechazo de las llamadas “terapias feministas”, son las propias ex usuarias o sobrevivientes de la psiquiatría, las que van en encabezar un propio movimiento y lucha contra la psiquiatría y sus prácticas represivas.

Al igual que los diversos movimientos feministas y otros grupos de liberación, las organizaciones de usuarios(as) y ex usuario(as), se dan cuenta de que gran parte de lo que habían visto como sus propios problemas individuales respondía de hecho a condiciones sociales y estructurales (Alvelo, 2009). En la misma línea Judy Chamberlin (1990) va a sostener que los llamados “problemas de salud mental” son en gran parte un problema político, no un problema individual. En la medida en que se comienzan a cuestionar y discutir las

condiciones sociales y estructurales que están detrás del malestar subjetivo, muchas de las críticas hacia la disciplina psiquiátrica van a apuntar a que existiría un sexismo institucionalizado en las definiciones médicas de los problemas de salud mental, que se desprenden de las expectativas de género de la sociedad en las que se construyen y que conlleva que el comportamiento de las mujeres sea concebido y etiquetado como patológico con mayor frecuencia que el comportamiento de los hombres (Busfield, 1988).

En ese sentido, el género es el resultado de un proceso de construcción social, mediante el cual se adjudican expectativas y valores que cada cultura va a atribuir a hombres y mujeres y como fruto de dicho aprendizaje cultural de índole machista, unos y otras van a exhibir roles e identidades que les fueron asignados bajo la etiqueta de género (Maqueda, 2006). A este respecto diversos estudios han planteado que los conceptos de salud mental para mujeres y hombres son completamente diferentes, en tanto las mujeres son conceptualizadas como sujetas pasivas, débiles, serviciales y sumisas, todo lo contrario, a los hombres (Broverman, et al, 1960). Por ello, los comportamientos de las mujeres que se consideran desviados o patológicos han sido precisamente los que no se corresponden con sus roles de género socialmente asignados. Por lo mismo, en dichas situaciones la psiquiatría se ha adjudicado la labor de corregir y disciplinar tales comportamientos, lo cual históricamente no ha estado exento de prácticas de violencia y dominación hacia las mujeres.

En consecuencia, con lo anterior cabe señalar, que *“la violencia contra las mujeres ha evidenciado su efectividad para corregir la trasgresión y garantizar la continuidad de un orden tradicional de valores impuesto por razón del género”* (Maqueda, 2006, p.5). De esta manera, la preponderancia de lo masculino y la subalternidad de lo femenino, constituyen un orden simbólico que define las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, lo que da origen a la violencia de género (Maqueda, 2006; Munévar y Mena, 2009).

Para efectos de la presente investigación, se entenderá la violencia de género en salud mental como una manifestación del componente estructural de la violencia de género. En ese sentido, *“no se trata de simples desviaciones o imperfecciones del sistema médico, sino que es una cuestión estructural al propio sistema, que hay que recontextualizar y repensar en su*

totalidad” (Esteban, 2001, p.27). De esta manera, los problemas de salud mental en las mujeres pueden ser entendidos, por un lado, como un producto directo de la opresión estructural que viven diariamente. Por otro lado, las categorías diagnósticas constituyen etiquetas utilizadas para controlar y normalizar las acciones y comportamientos de las mujeres e implican el ejercicio del poder patriarcal (Busfield, 1988).

La conceptualización de violencia de género en salud mental se entenderá a partir de dos dimensiones: tratamientos y procedimientos, por una parte, y simbólica, por otra. Estas dimensiones se presentan a continuación.

5.3.1 Dimensión de tratamientos y procedimientos

Desde su surgimiento en el siglo XIX, la psiquiatría y sus tratamientos no han estado exentos de críticas y controversias, tanto por la crudeza que implicaban algunas intervenciones, como la lobotomía⁹, como también por la débil o inexistente base científica que poseen muchos de sus tratamientos- como el consumo de psicofármacos o la terapia electroconvulsiva¹⁰- hasta el día de hoy (Pérez, 2012).

⁹ También denominada psicocirugía, fue un procedimiento ampliamente prescrito y utilizado por la psiquiatría durante el siglo XX, que consistía en una intervención quirúrgica en el lóbulo frontal del cerebro cuyo objetivo suponía “curar” episodios de psicosis, ansiosos severos, depresión, entre otros, pero que provocó múltiples muertes y efectos irreversibles en la salud de las personas, mostrando la enorme violencia de diversos “tratamientos psiquiátricos” (coma insulínico, electroshock) y los increíbles grados de arbitrariedad teórica y práctica con que fueron creados y administrados. Ver en: Pérez, C. (2012). Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico. Santiago: LOM.

¹⁰ El Electroshock o actualmente conocido como Terapia Electroconvulsiva (TEC), es un procedimiento psiquiátrico que consiste en la aplicación de dos electrodos en la cabeza con el objetivo de traspasar suficiente electricidad al cerebro para producir una convulsión generalizada y que es prescrito como tratamiento para diagnósticos de esquizofrenia o algunos tipos de depresión. Ver en: Cea-Madrid, J. (2016). Acabar con esta locura: No más electroshock en Chile. El Desconcierto. Obtenido de: <https://www.eldesconcierto.cl/2016/07/28/acabar-con-esta-locura-no-mas-electroshock-en-chile/>

Los psiquiatras del siglo XIX pensaban que la tensión de la vida moderna hacía que las mujeres tuvieran mayor tendencia a sufrir trastornos nerviosos, existiendo un sesgo de género ligado al sexo en diagnóstico, psicopatología y psicoterapia (Ortega, 2011). En este contexto, muchos de los tratamientos que recibieron las mujeres para “curarse” de dichas alteraciones del comportamiento, eran violentos y denigrantes, tales como masajes pélvicos o la extirpación de sus órganos reproductivos, siendo estos aplicados y recomendados por psiquiatras hombres y carentes de base científica (Ortega, 2011).

Muchos tratamientos como la terapia de coma insulínico¹¹, la psicocirugía y el electroshock, eran muy comunes al interior de los hospitales psiquiátricos durante el siglo XX (Moncrieff, 2013). A pesar de que en su totalidad resultaran dolorosos, causaran sufrimiento e incluso la muerte, fueron administrados de forma masiva y muchas veces sin consentimiento de los pacientes hasta la década de los setenta (Alvelo, 2009). Muchas de estas terapias se aplicaban como mecanismos de control o disciplinamiento de las(os) pacientes por parte de los equipos médicos, más que con un objetivo de recuperación o sanación.

Si bien son varios los procedimientos psiquiátricos que se están altamente cuestionados y/o prohibidos en la actualidad, como el caso del coma insulínico, otros como el electroshock se han mantenido bajo el nombre de terapia electroconvulsiva o psicocirugía para el caso de la lobotomía¹². Sin embargo, son los psicofármacos los que actualmente lideran los tratamientos de los servicios de salud mental, los cuales no se encuentran libres de controversias y críticas, debido a que en la práctica se utilizan como mecanismos de engaño, coerción y ocultamiento

¹¹ Fue un tratamiento para la psicosis y esquizofrenia utilizado por la psiquiatría en el siglo XX, que consistía en la inducción de un coma por sobredosis de insulina. Ver en: Pérez, C. (2012). Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico. Santiago: LOM.

¹² El Artículo N° 25 del DTO 570/2000 sobre la internación, tratamiento y alta de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos destinados a su atención define la psicocirugía como un procedimiento irreversible, aplicado al tejido cerebral, con el fin de suprimir o modificar funcionamientos o conductas del paciente.

de información para lograr su consumo en los pacientes (Valverde, 2010), también se practican las hospitalizaciones de carácter forzoso para que las personas no abandonen el tratamiento farmacológico, lo cual constituye una vulneración de derechos (Locos por Nuestros Derechos, 2015). Asimismo, otras prácticas vulneradoras que persisten actualmente y repercuten directamente en los cuerpos y subjetividades de las mujeres, son las esterilizaciones de carácter forzoso por motivo de salud mental o motivo de discapacidad (Ortoleva y Lewis, 2012).

El proceso social que conlleva la medicalización ha sido durante mucho tiempo un foco de atención para las académicas feministas, quienes sostienen que los cuerpos y subjetividades de las mujeres han sido y son altamente medicalizadas. La medicalización entendida como un proceso, donde el cuerpo y los contextos sociales se definen como necesarios de intervenir médicamente, lo cual no solo contribuye a la reproducción de la desigualdad de género, sino que tiene un impacto directo en la salud y el bienestar de las mujeres (Lorentzen, 2008).

La presente investigación se centrará en los tratamientos y procedimientos de la experiencia de psiquiatrización de mujeres, en tanto estas sufren de manera desproporcionada las prácticas de salud mental que se basan en tradiciones patriarcales y paternalistas, estereotipos de género inapropiados y nocivos, medicalización de sus sentimientos y comportamientos, y coacción (Pûras, 2017).

5.3.2 Dimensión simbólica

La violencia de género en salud mental no solo posee una dimensión física, que implica una intervención en términos corporales o fisiológicos por medio de tratamientos y procedimientos. También posee una dimensión simbólica, que tiene que ver con los imaginarios y significados que se crean en torno a la patologización de las mujeres y la estigmatización de la locura, lo cual se vincula, además, con el orden simbólico que se establece en torno a los roles de género.

Bourdieu define violencia simbólica como todo poder que logra imponer significaciones como legítimas, disimulando las relaciones de fuerza o dominación en que se fundan (Bourdieu y Passeron, 1995). Frente a esta conceptualización, se vuelve fundamental tensionar y criticar

los contenidos de las concepciones de salud, “enfermedad mental” y de las categorías diagnósticas, con el fin de evidenciar cómo el orden social, a su vez sexista, impacta sobre estas concepciones (Ordorika, 2009). En esa misma línea, autoras como Ussher (1997) señalan que las nociones de locura femenina no fueron inventadas por la psiquiatría, sino retomadas de las concepciones sociales y culturales que existían antes del surgimiento de esta práctica.

Sobre las nociones o imaginarios en torno a la experiencia de psiquiatrización de las mujeres, es relevante rescatar el concepto de estigma planteado por Goffman (2006), que se expresa cuando un sujeto posee un atributo o característica que lo vuelve menospreciado frente al resto, siendo sometido a una desaprobación social severa, en tanto dicho atributo o característica es contrario a las normas sociales y culturales establecidas. Existen diversas repercusiones sociales asociadas al estigma de la locura, como la discriminación, aislamiento social y la generación de estereotipos negativos (Nunes y de Torrente, 2009; Alves y Leão ,2019). Al respecto, en el habla coloquial, la inmediata descalificación de la mujer como histérica, cuando sus conductas resultan incomprensibles o fuera de los roles socialmente establecidos, es algo que continúa produciéndose, junto con la patologización de conductas subversivas, bajo otros nombres y aún dentro del discurso médico (Roncero, 2013).

Otro ámbito donde se expresa la violencia simbólica hacia las mujeres que tienen o han tenido una experiencia de psiquiatrización, es el de la maternidad. En tanto, el proceso de construcción social de la maternidad supone la generación de una serie de estereotipos y significados sociales, caracterizados por una representación ideal y generalizadora como: “el instinto maternal” “la esencia femenina”, “el amor de madre”, incorporados en los sujetos, en las instituciones y reproducidos en los discursos, como parte de un gran complejo imaginario basado en una idea esencialista respecto a la práctica y ejercicio de ser madre (Palomar, 2004).

Desde dicha matriz representacional, se constituyen dos grandes estereotipos: las “buenas madres” y las “malas madres” (Palomar, 2004). Las “buenas madres” responden a los ideales y mandatos establecidos socialmente para dicho rol, a diferencia de “las malas madres”, quienes no cumplen con las expectativas ideales de ese papel social y por ello son estigmatizadas, penalizadas o diagnosticadas de diversas maneras y formas, dependiendo de

la gravedad del incumplimiento (Palomar, 2004). Es por ello que ser loca y madre constituiría una mayor condena y castigo social, al transgredir los roles socialmente establecidos respecto al comportamiento y deberes atribuidos a las mujeres, siendo las mujeres que poseen diagnóstico y/o tratamiento psiquiátrico y que tienen hijos/as asociadas inmediatamente con la figura de la “mala madre”.

De esta manera, es posible ubicar dentro de la dimensión de la violencia simbólica de género en salud mental, al estigma que se construye en torno a la locura, la patologización de conductas de las mujeres y la condena social hacia madres que han tenido experiencias de psiquiatrización, en tanto muchas de estas representaciones emergen del orden social y cultural.

En síntesis, la dimensión simbólica de la violencia de género en salud mental se encuentra enraizada en lo sociocultural, en las creencias estereotipadas sobre lo que son y deben ser mujeres y hombres, de tal manera que opera de manera invisible y es reproducida por toda la sociedad, y no sólo por quienes la ejercen y la sufren directamente (Ramos-Lira, 2014).

5.4. Prácticas de resistencia: cuestionamientos y alternativas a la experiencia de psiquiatrización

Como se expuso en apartados anteriores, con la emergencia de la antipsiquiatría, diversos movimientos encabezados por personas que han vivido la experiencia de psiquiatrización, iniciaron la búsqueda de nuevas interpretaciones a sus diferencias subjetivas, y de acuerdo a diversas orientaciones ideológicas y estrategias de participación, desarrollaron un proceso de denuncia hacia las diferentes formas de violencia que se manifiestan en el ámbito de la salud mental, como lo son: la estigmatización a partir del diagnóstico, el uso abusivo de psicofármacos y las hospitalizaciones sin consentimiento (Cea-Madrid y Castillo, 2016; Castillo, 2018).

Ante dicho contexto, desde las y los ex usuarios(as) y sobrevivientes de la psiquiatría han surgido importantes cuestionamientos y prácticas de resistencia ante los intentos de

normalización de las diferencias subjetivas por parte de los dispositivos de salud mental. En ese sentido, desafiar el discurso dominante con una voz subordinada, reivindicando la propia experiencia constituye un acto de resistencia. Redefinir la relación y desafiar las jerarquías de poder y conocimiento, es situarse como sujeto y no como objeto (Morrison, 2003). De esta manera, personas que vivieron la experiencia de psiquiatrización se van a rebelar ante el rol pasivo y subordinado en el que han sido situados(as) históricamente, empoderándose de sus propios saberes y experiencias para construir alternativas al modelo biomédico tradicional de salud mental.

En lo que respecta a la comprensión de las prácticas de resistencia, los feminismos post-estructuralistas plantean la necesidad de considerar y abordar las resistencias de naturaleza más localizada y a pequeña escala, centrándose en el cuestionamiento de las verdades, el desafío a las subjetividades y hacia la normalización de los discursos (Thomas & Davies, 2005). En ese sentido, los comportamientos o prácticas de carácter más moderadas también pueden constituir resistencias efectivas.

De tal manera, el cuerpo y la salud, deberían ser vistos como un terreno donde las verdades y las contradicciones sociales tienen lugar, lugar de la manipulación, del sometimiento, pero también el espacio donde se da la resistencia personal y social, la creatividad, la contienda, la lucha (Esteban, 2001). En ese sentido, la forma en que una persona que ha vivido la experiencia de psiquiatrización la identifica e interpreta, tiene mucho que ver con cómo se posicionará políticamente ante dicha experiencia y las expectativas que tendrá sobre el modelo de salud mental (Reaume, 2002).

6. Supuestos de la investigación

Teniendo en cuenta los antecedentes, el marco teórico-conceptual y conversaciones previas con mujeres que tienen un discurso crítico de su experiencia de psiquiatrización, se establecieron los siguientes supuestos, con el fin de ordenar y orientar el análisis del presente estudio:

1-Las representaciones en torno a la dimensión de tratamientos y procedimientos de la violencia de género en salud mental están marcadas por un rechazo hacia el conocimiento médico psiquiátrico y sus prácticas, debido a las recurrentes experiencias de malos tratos y violencia hacia las sujetas del estudio en sus experiencias de atención en salud mental. Las cuáles son problematizadas desde su posición de mujer, a partir de la cuál estarían expuestas a una mayor vulneración de derechos en las instituciones y/o servicios de salud mental.

2- Las representaciones en torno a la dimensión simbólica de la violencia de género en salud mental están marcadas por un cuestionamiento o rechazo a las categorías diagnósticas del conocimiento médico psiquiátrico, en tanto dichas categorías configuran un estereotipo de locura que se refuerza con las construcciones socio-culturales de género, lo cual se traduce en una mayor estigmatización hacia las mujeres, por el hecho de ser “locas” y la utilización de dicha etiqueta por otras persona para invalidar los cuestionamientos en torno a la propia experiencia de psiquiatrización o incluso la toma de determinadas decisiones sobre la propia vida.

3-Las prácticas de resistencia que desarrollan las sujetas de estudio se centran en problematizar la propia experiencia de psiquiatrización. En ese sentido, el desarrollo de un discurso crítico en torno a la propia experiencia de atención en salud mental permite (re)interpretar dicha vivencia y tensionar la relación entre género y salud mental, junto con el desarrollo de herramientas y/o alternativas que permitan comprender y abordar las propias diferencias subjetivas, distanciándose del abordaje biomédico.

7. Definiciones conceptuales

7.1. Sistema de Salud mental: Se entenderá como el sistema de atención y prácticas para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental, utilizadas por la psiquiatría y otros profesionales (Morrison, 2003).

7.2. Violencia de Género en Salud Mental: Constituye una manifestación de la opresión estructural que sufren las mujeres, la cual conlleva discriminación, desigualdad y violencia y

se reproduce en las instituciones dedicadas a atender la salud mental (Ramos-lira, 2014). Este tipo de violencia se va a expresar en una dimensión de tratamientos y procedimientos y en una dimensión simbólica.

7.2.1. Dimensión de Tratamientos y Procedimientos: Esta dimensión se define por aquellas prácticas y/o tratamientos psiquiátricos que implican una acción o intervención a nivel físico, como, por ejemplo, aplicación de electroshock, prescripción de psicofármacos, hospitalizaciones, entre otros.

7.2.2. Dimensión Simbólica: Refiere al estigma y a los imaginarios sociales que se configuran en torno a las mujeres que han vivido la experiencia de psiquiatrización. En ese sentido se encuentra enraizada en las creencias estereotipadas sobre lo que son y deben ser mujeres y hombres, de tal manera que opera de manera invisible y es reproducida por toda la sociedad, y no sólo por quienes la ejercen o la sufren directamente (Ramos-Lira,2014).

7.3. Experiencia de Psiquiatrización: Se entiende como la experiencia de atención psiquiátrica, diagnóstico y/o consumo de psicofármacos. Dicha experiencia constituye un saber que se expresa en significados y narrativas que forman parte del repertorio interpretativo de los(as) usuarios(as) en torno a las situaciones sociales vinculadas a la salud mental (Castillo, 2016).

7.4. Experta por Experiencia: Este concepto comprende el saber que las personas tienen acerca de sus experiencias de psiquiatrización, lo cual les permite hablar con una voz propia y autorizada sobre las experiencias que han vivido (Castillo,2016).

7.5. Prácticas de Resistencia: Las prácticas que tensionan y problematizan el propio proceso de psiquiatrización y responden a este a través de la palabra, la acción y/o la reivindicación de alternativas para abordar las propias diferencias subjetivas (Morrison, 2003).

8. Marco Metodológico

8.1. Tipo de Investigación

El presente estudio se llevó a cabo a través de una metodología de investigación social de tipo cualitativa, en tanto se indagó en las representaciones sobre la violencia de género en salud mental y las prácticas de resistencia ante dicho fenómeno, desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico sobre su experiencia de psiquiatrización. De este modo, no se pretende sólo estudiar hechos, sino vivencias, es decir comprender los significados de aquellos hechos para el sujeto que lo vive (Canales, 2013). En ese sentido, la metodología cualitativa es pertinente para ahondar en las representaciones que las mujeres poseen en torno a dicha violencia particular y el posicionamiento que tienen frente a ello, en relación con las prácticas de resistencia que puedan desarrollar o adoptar, en tanto la importancia está en captar la profundidad de vivencias y voces de las sujetas, junto con las definiciones y significados que le atribuyen al fenómeno social del cual forman parte (Schettini y Cortazzo, 2015).

Respecto al tipo de estudio, la presente investigación posee un carácter exploratorio, el cual, según Hernández, Fernández y Baptista (2010) implica investigar un tema que ha sido poco estudiado o abordado hasta la fecha, lo cual permite aportar con nuevos elementos para la realización de investigaciones en la misma línea temática.

8.2. Universo y Muestra

El universo de la presente investigación comprende a todas las mujeres que hayan vivido una experiencia de psiquiatrización en Chile y que tengan un discurso crítico sobre dicha experiencia.

Para la conformación de la muestra del presente estudio, se establecieron dos criterios:

1. Haber tenido una experiencia de psiquiatrización o tenerla actualmente.

Haber tenido una experiencia de psiquiatrización o tenerla actualmente es un criterio relevante y excluyente, debido a que el presente estudio busca indagar en las representaciones y prácticas de resistencia en torno a la violencia de género en salud mental desde la perspectiva de mujeres que hayan tenido experiencias de atención, diagnóstico y/o tratamiento en salud mental.

2. Tener un vínculo con organizaciones o haber participado de actividades realizadas sobre salud mental o temáticas de género.

La participación en alguna organización o actividades vinculadas a la salud mental o a temáticas de género, es un criterio relevante, debido a que, la participación en dichas instancias puede tener incidencia en el cambio de percepciones y el desarrollo de un discurso crítico respecto a las experiencias de diagnóstico, tratamiento y atención en salud mental de dichas mujeres.

El muestreo realizado fue de tipo intencionado por conveniencia. Es decir, se seleccionaron los casos que tuvieran características específicas relevantes para el cumplimiento de los objetivos de la investigación (Izcara Palacios, 2009). De esta manera y considerando la especificidad de las sujetas, se contactó a mujeres para participar en la presente investigación, a partir un registro nacional de Expertas(os) por Experiencia, elaborado por el Centro de Estudios Locos, que dicho Centro construyó a partir del registro de participantes en instancias¹³ colectivas y participativas que se han realizado desde el año 2016 y que han abordado temáticas de salud mental. La investigadora solicitó una reunión con un integrante del Centro de Estudios Locos, quién le informó que las mujeres que se encontraban en el registro hasta el año 2018 y que cumplían con la característica fundamental para la presente investigación, es decir que tienen un discurso crítico de su experiencia de psiquiatrización eran aproximadamente 12. El mismo integrante del Centro ofreció apoyo a la investigadora para contactar a dichas mujeres.

¹³ Algunas de estas instancias y actividades son: Festival de Artes, Derechos Humanos y Salud Mental (2016 y 2017), 2º Encuentro Nacional de Trabajador(as) de Salud Mental: Crear desde la comunidad (2017), 1º Encuentro Latinoamericano Salud mental y Movimientos Sociales (2018).

De esta manera, dicha persona se comunicó con las 12 expertas por experiencia vía teléfono y/o correo electrónico comentándoles sobre el tema y objetivos de la presente investigación e invitándolas a participar. Todas autorizaron la entrega de sus números de teléfono y/o correos para ser contactadas por la investigadora, conocer más sobre la investigación y coordinar las entrevistas.

La investigadora se comunicó con las 12 mujeres que se encontraban en el registro, pero por motivos de disponibilidad, distancia y tiempo fue posible entrevistar a 8 de esas mujeres, por lo que adicionalmente se buscó contactar a más mujeres expertas por experiencia a través de actividades vinculadas a temas de salud mental realizadas por el Centro de Estudios Locos, lo cual permitió contactar a 2 nuevas expertas por experiencia que posteriormente fueron entrevistadas. Debido a los plazos establecidos para la investigación y por no contar con nuevos contactos para potenciales entrevistas, el tamaño final de la muestra sería de 10 mujeres. Esta decisión se reafirmó al finalizar la décima entrevista debido a que la investigadora consideró que la información producida había llegado al punto de saturación, pues constató que ciertos elementos que comenzaban a reiterarse durante las entrevistas.

A continuación, se presenta una caracterización de las mujeres que conformaron la muestra de la presente investigación. Como resguardo a la identidad de las entrevistadas, sus nombres reales fueron reemplazados por nombres ficticios.

Caracterización de la Muestra

Karina: 21 años, estudiante universitaria y activista feminista. Su primera experiencia de psiquiatrización fue en la adolescencia. En búsqueda de una supuesta mejor atención acudió a psiquiatras del área privada. Recibió diversos diagnósticos y tratamientos con psicofármacos, los cuáles le provocaron diversos efectos adversos y repercusiones en su vida. Debido sus experiencias negativas con el ámbito de la salud mental, actualmente no es usuaria de dicho sistema ni consume psicofármacos. Ha participado en reuniones del Colectivo Autogestión Librementemente.

Camila: 24 años. Licenciada en Historia. Sus experiencias con la psiquiatría fueron entre los 16 y 18 años. Luego de experimentar crisis de pánico acudió a un psiquiatra de manera particular, quién le diagnosticó en la primera consulta trastorno de ansiedad generalizado, crisis de pánico y

agorafobia y le prescribió psicofármacos. Tras el malestar provocado por dichos medicamentos y otras experiencias negativas con el psiquiatra, deja de utilizar los servicios de salud mental, salvo una posterior atención con una psicóloga. Actualmente participa en la Colectiva no es lo mismo ser loca que loco y no es usuaria del sistema de salud mental.

Paula: 30 años, profesional de la salud, madre de tres hijos. Tuvo varias experiencias con el sistema de salud mental tanto público como privado. Fue diagnosticada primero con depresión y luego con trastorno de personalidad límite. Tuvo varias experiencias de hospitalización psiquiátrica y en una de ellas fue esterilizada, experiencia que describe como no tan voluntaria. También le fueron prescritos diversos tipos y dosis de psicofármacos, los cuáles le provocaron diversos efectos negativos en su salud. Debido a dichas experiencias dejó de utilizar el sistema de salud mental y de consumir psicofármacos. Se acercó a otras expertas por experiencia y compartió sus vivencias con la psiquiatría en una actividad organizada por el Centro de Estudios Locos el año 2019.

Valeria: 31 años, escritora, participa de la colectiva no es lo mismo ser loca que loco y es madre de un hijo. Sus primeras experiencias con el sistema de salud mental datan de su niñez, durante su experiencia en el SENAME, donde fue medicada con psicofármacos reiteradamente y vivió diversas vulneraciones. Sus experiencias negativas con los servicios de salud mental y los psicofármacos continuaron en su adultez, tanto en el sistema público como privado. Actualmente es usuaria del sistema público de salud mental, lo que es una exigencia para mantener la custodia de su hijo.

Carolina: 38 años, trabaja en el rubro de la comedia. Tuvo diversas experiencias con psiquiatras tanto el sistema público como privado de salud mental y también fue hospitalizada dos veces en instituciones psiquiátricas. Debido a los efectos adversos del tratamiento y las múltiples experiencias negativas con psiquiatra, decide abandonar definitivamente el consumo de psicofármacos. Previo a realizar dicho proceso participó en algunas reuniones de Colectivo Autogestión Librementemente. Actualmente no es usuaria del sistema de salud mental.

Sandra: 39 años, profesora y madre de tres hijas. Tuvo varias experiencias de atención en el sistema privado de salud mental y experiencias de hospitalización, entre ellas una no voluntaria. Recibió múltiples diagnósticos y tratamientos con psicofármacos en sus experiencias con psiquiatras. Debido a los diversos efectos adversos que provocaron los psicofármacos en su salud y en su vida personal, inició un proceso de desmedicalización con ayuda de un psiquiatra, pero luego continuó de manera individual. Actualmente no es usuaria del sistema de salud mental ni consume psicofármacos. Ha participado de algunas reuniones de Colectivo Autogestión

Libremente y también tiene contacto permanente con mujeres de otros países que han vivido la experiencia de la psiquiatrización.

Luisa: 41 años, se dedica al activismo, participa de diversas organizaciones y movimientos sociales. Tuvo un extenso historial en el sistema de salud mental, tanto público como privado, recibió diversos diagnósticos y tratamientos con psicofármacos, también tuvo varias experiencias de hospitalización. Después de tener a su tercer hijo fue esterilizada forzosamente. Tras una serie de vulneraciones vivenciadas en el ámbito familiar y en su experiencia de psiquiatrización decide discontinuar definitivamente el consumo de psicofármacos y dejar de utilizar el sistema de salud mental. Luego de participar en una actividad de Locos por Nuestros Derechos, se interesó y comenzó a participar de manera activa en la defensa de los derechos en salud mental y visibilizando la violencia psiquiátrica.

Carmen: 43 años, trabaja en una empresa y también es locutora en una radio comunitaria, madre de dos hijas. Se atendió en el sistema público de salud mental, donde le diagnosticaron bipolaridad. Luego de consumir una gran cantidad de psicofármacos por años, cuyos efectos impactaron tanto su salud como su vida personal, decidió abandonar el tratamiento de forma permanente, lo cual inició investigando de manera autónoma, pero el proceso también se apoyó con un integrante del Colectivo Autogestión Libremente que había realizado dicho proceso hace varios años. Actualmente no es usuaria del sistema de salud mental ni consume psicofármacos, pero sí lo considera como alternativa para situaciones “s.o.s”.

Daniela: 46 años, trabajadora independiente, escritora y madre de una hija. Tuvo varias experiencias de hospitalización psiquiátrica, entre ellas alguna de carácter involuntario. Ha consultado a diversos psiquiatras a lo largo de su experiencia de psiquiatrización, tanto en el ámbito público como privado y ha recibido varios diagnósticos y diversos tratamientos con psicofármacos. Tiene una percepción negativa sobre los psiquiatras y los fármacos psiquiátricos, pero por motivos familiares y por dificultades para discontinuar dichos tratamientos, continúa siendo usuaria del sistema privado de salud mental. Sin embargo, ha participado de varias reuniones y actividades del Colectivo Autogestión Libremente.

Patricia: 50 años, profesora, madre de dos hijos. Tuvo varias experiencias con psiquiatras, principalmente en el sistema privado de salud mental. Fue diagnosticada como bipolar, por lo cual consumió diversos psicofármacos por varios años. Debido a los efectos adversos que estos le provocaban decidió discontinuarlos. Por motivos personales continúa siendo usuaria del sistema privado de salud mental y consumiendo psicofármacos para dormir. Ha participado de actividades y reuniones del Colectivo Autogestión Libremente y le interesa la temática de la antipsiquiatría.

8.3. Técnica de producción de información

Para producir información se utilizó la técnica de la entrevista semi-estructurada, la cual se caracteriza por poseer una guía de asuntos o preguntas, sin embargo, el entrevistador(a) también tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas de interés para la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

De esta manera, se elaboró una pauta¹⁴ flexible de entrevista, la cual estuvo abierta a ser modificada según las respuestas e intereses que manifestaron las entrevistadas y las propias necesidades de la investigación. Al respecto, es posible señalar que la duración de las entrevistas fue de aproximadamente 60 minutos, las conversaciones fueron fluidas y guiadas por la pauta de entrevista, la cual permitió obtener toda la información necesaria para cumplir con los objetivos de la investigación por lo tanto no fue necesario modificarla.

8.4. Dimensiones de Análisis

A continuación, se presenta la Tabla 1 con la operacionalización de los objetivos de investigación en dimensiones y subdimensiones, que orientaron la construcción del instrumento.

Tabla 1. Operacionalización de los objetivos

¹⁴La pauta de entrevista se encuentra adjunta en los anexos del presente documento.

Objetivo general	Objetivos específicos	Dimensiones	Subdimensiones/Propiedades
Indagar en las representaciones y prácticas de resistencia en torno a la violencia de género en salud mental, desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico respecto a su experiencia de psiquiatrización.	Analizar las representaciones en torno a la dimensión de tratamientos y procedimientos de la violencia de género en salud mental, desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico respecto a su experiencia de psiquiatrización	Tratamientos y procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> -Experiencias de tratamiento farmacológico -Experiencias de hospitalización en servicios o instituciones psiquiátricas -Tratamientos no voluntarios en salud mental -Experiencias negativas de atención y tratamiento con profesionales de salud mental
	Analizar las representaciones en torno a la dimensión simbólica de la violencia de género en salud mental, desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico respecto a su experiencia de psiquiatrización.	Simbólica	<ul style="list-style-type: none"> -Repercusiones sociales del diagnóstico -Experiencias de estigmatización por tener un diagnóstico psiquiátrico -Representaciones sobre género y salud mental
	Indagar en las prácticas de resistencia en torno a la violencia de género en salud mental, desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico sobre su experiencia de psiquiatrización.	Prácticas de resistencia	<ul style="list-style-type: none"> -Proceso de desmedicalización - Participación en grupos o instancias de apoyo mutuo -Resignificación de la locura -Estrategias personales para cuidado de la salud mental

8.5. Plan de Análisis

El análisis de la información se realizó a través de los procedimientos de codificación de la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 2002). La pertinencia de Teoría Fundamentada para la presente investigación reside en su utilización y aplicación en estudios sobre problemas y situaciones vinculadas a la salud, en tanto permite adoptar un enfoque de carácter holístico que permite comprender e interpretar la realidad, significados, percepciones y experiencias de las personas ante una determinada situación (Vivar, et al, 2010). Dicho enfoque, también se recomienda para indagar en realidades desconocidas o situaciones específicas, como es el caso de las representaciones y prácticas de resistencia en torno a la violencia de género en salud mental.

A partir de la utilización de la Teoría fundamentada se pretende descubrir y explicar, por medio de una metodología inductiva, la interpretación de significados desde la realidad social de las sujetas de estudio, con el objetivo de construir una teoría que explique el fenómeno de estudio (Vivar, et al, 2010).

De esta manera para la fase de análisis de la investigación se elaboraron categorías conceptuales, las cuáles fueron relacionadas a partir del proceso de codificación propuesto por Strauss y Corbin (2002), que se divide en tres fases: abierta, axial y selectiva. La primera de ellas se llevó a cabo a partir de un proceso de identificación, división y codificación a partir de la revisión de las entrevistas semi-estructuradas en este caso- en conceptos y categorías, aquellos elementos del discurso que fueron relevantes para la pregunta y objetivos de la investigación. En segundo lugar, la codificación permitió relacionar las categorías con subcategorías para generar así explicaciones más precisas sobre el fenómeno a estudiar. Por último, a través de la codificación selectiva se organizaron las categorías y sus respectivas subcategorías y se completaron aquellas categorías que necesitaban más desarrollo y refinamiento.

De esta manera por medio de la Teoría Fundamentada, el investigador(a) selecciona y reduce datos de muchos casos a conceptos y construye conjuntos de relación que pueden usarse para

explicar, en un sentido general, lo que ocurre respecto a un determinado fenómeno social u objeto de estudio (Strauss y Corbin, 2002). Para la realización de este análisis se utilizó como herramienta el Software Atlas.ti 7.

8.6. Consideraciones éticas para la investigación

Realizar una correcta y adecuada investigación desde la perspectiva cualitativa requiere reflexionar y posicionarse éticamente respecto a objetivos y las decisiones epistemológicas, metodológicas y procedimentales que conlleva la labor investigativa (Calderón y Betancurth, 2015).

El diseño de la presente investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile¹⁵. Considerando las recomendaciones y orientaciones del Comité se tomaron una serie de resguardos para la correcta realización de la investigación, los cuales se describirán a continuación.

Una de las principales características de la investigación social es sin duda el contacto con personas, ya que estas constituyen la principal fuente de información en la tarea de recuperar sus experiencias, puntos de vista y percepciones sobre determinadas temáticas de estudio (Pelcastre, Domínguez y González, 2015), para lo cual es necesario tomar resguardos y tener consideraciones a la hora de realizar el trabajo de campo y aplicar las técnicas de producción de información.

En primer lugar, se consideró que las sujetas que se contactaron para participar, fueran mujeres que han sido parte de instancias como conversatorios y encuentros nacionales vinculados a temáticas y abordajes críticos de salud mental y que hubieran entregado sus identidades de forma pública, al compartir sus experiencias en dichos espacios. En ese sentido, la obtención

¹⁵ El informe de aprobación se adjunta en los anexos del presente documento.

de sus contactos a través del Centro de Estudios Locos no constituyó una vulneración de su información personal, ya que dichas mujeres autorizaron al Centro a compartir sus contactos con la investigadora del presente estudio.

En segundo lugar, se contactó a las mujeres vía teléfono, instancia donde la investigadora se presentó, les señaló a dichas mujeres los principales objetivos del estudio y las invitó a participar en la investigación. Al momento de concretar las entrevistas, se les entregó y explicó a las participantes el correspondiente documento de consentimiento informado¹⁶, enfatizando el carácter confidencial de la entrevista y el resguardo de sus identidades, por medio del reemplazo de su nombre real por un nombre de ficticio al momento de analizar y referir a sus experiencias en los resultados del estudio. Todas las entrevistadas estuvieron de acuerdo con los términos de la investigación y firmaron el documento de consentimiento informado.

Por último, se consideró la posibilidad de que las experiencias de atención, diagnóstico y tratamiento en salud mental pudiesen constituir temáticas sensibles o complejas de relatar para las mujeres que participaron en la investigación. Por ello, se tomaron todos los resguardos necesarios, tales como detener momentáneamente la entrevista, o terminarla, en el caso que se detectara algún signo de malestar emocional (silencios prolongados, quiebre de la voz, llanto incipiente, otros). También, en ningún momento se presionó a la entrevistada a responder y se dejó en claro que estaba en su derecho de contestar las preguntas que deseara y de relatar lo que estimara necesario respecto a sus experiencias de atención en salud mental.

Dichos resguardos se sistematizaron en la elaboración de un protocolo de contención¹⁷ para la realización de las entrevistas. Sin embargo, no fue necesario usarlo, debido a que no se presentaron dificultades durante las entrevistas. Al respecto, se comprende que las mujeres entrevistadas poseen un discurso crítico, han reflexionado y compartido sus experiencias con otras(as) expertas(os) por experiencia, por lo que no manifestaron incomodidad o malestar emocional al momento de responder las preguntas y compartir sus vivencias con la investigadora. No obstante, se considera relevante siempre tomar resguardos para la

¹⁶ El documento de consentimiento informado se adjunta en los anexos del presente documento.

¹⁷ El protocolo de contención se adjunta en los anexos del presente documento.

realización de entrevistas en la investigación social, sobre todo si se abordan fenómenos o experiencias sensibles o emocionalmente complejas, para así respetar y resguardar la emocionalidad y las experiencias de las entrevistadas.

Por último, se acordó que los resultados serán devueltos de forma personal a cada entrevistada vía correo electrónico. Esto se realizará previo a la evaluación y defensa de la Memoria de Título, mediante un informe generado por la investigadora, que sintetizará los hallazgos del presente estudio.

9. Análisis

La presente investigación se propuso vincular género y salud mental e indagar específicamente las experiencias de mujeres que tuvieran una perspectiva crítica de sus experiencias de psiquiatrización, es decir que fueran conscientes de sus posibilidades de acción y resistencia en torno a sus vivencias como mujeres en los dispositivos de salud mental.

A partir de dicha particularidad, a la investigadora responsable del presente estudio le interesó indagar cómo dichas mujeres vivencian y tensionan sus experiencias de atención, diagnóstico y tratamiento en salud mental, qué representaciones tienen sobre la violencia de género en este ámbito y cuáles son los conocimientos y estrategias que desarrollan en respuesta a sus experiencias psiquiatrización.

El análisis de la presente investigación se estructura a partir de los tres objetivos específicos explicados y operacionalizados en el marco metodológico. El primer capítulo aborda los discursos y representaciones de las entrevistadas respecto a la dimensión de tratamientos y procedimientos de la violencia de género en salud mental. De esta manera, se abordan brevemente los primeros acercamientos de las entrevistadas con los servicios de salud mental, para posteriormente profundizar en las experiencias, representaciones y discurso crítico asociado a los procesos de diagnóstico, prescripción de tratamiento farmacológico, atención con profesionales de la salud mental y hospitalización en instituciones y/o dispositivos de psiquiatría.

En el segundo capítulo se desarrollan y exponen los discursos y las representaciones de las entrevistadas en torno a la dimensión simbólica de la violencia de género en salud mental. En ese sentido, se problematizan los aspectos que se vinculan a la construcción de significados sociales respecto la experiencia de ser mujer psiquiatrizada, abordando los estigmas sobre la locura y las repercusiones sociales del diagnóstico que las entrevistadas reconocen en sus experiencias, junto con el discurso crítico que desarrollan sobre dichos elementos.

Por último, en el tercer capítulo se abordan las prácticas de resistencia que desarrollan e implementan las entrevistadas en respuesta a sus experiencias negativas como mujeres en el ámbito de la salud mental, las cuales se traducen en estrategias y alternativas tanto individuales como colectivas para el cuidado y afrontamiento de dificultades en el ámbito de la subjetividad y para la reivindicación de una perspectiva crítica en torno a las vulneraciones de derechos y violencias que se presentan en los dispositivos de salud mental, en especial hacia las mujeres.

9.1. Dimensión de tratamientos y procedimientos de la violencia de género en salud mental

9.1.1. Primeras experiencias con servicios de salud mental

Como punto de partida en el análisis de la presente investigación, se consideró necesario abordar las primeras experiencias que tuvieron las entrevistadas con los servicios de salud mental. El origen del malestar subjetivo para la mayoría de estas mujeres se encuentra asociado a situaciones contextuales y personales, que derivaron en una serie de sentimientos y síntomas, que provocaron problemas y dificultades para desarrollar su vida cotidiana y generaron repercusiones en su entorno, lo cual motivó en algunos casos a consultar directamente los servicios de salud mental, tanto a psicólogos como a psiquiatras.

“Fui al psiquiatra cuando tuve un momento, cuando tuve un brote como de una ansiedad muy fuerte que yo no pude levantarme para ir al trabajo... me había vestido, me había puesto

el uniforme de trabajo, todo y no pude levantarme porque tuve una angustia, una angustia muy grande y ahí ese día fui al psiquiatra y de ahí no paré nunca más de ir” (Carolina).

En otros casos las entrevistadas recurrieron a médicos de diferentes especialidades buscando alguna explicación para su malestar-que en varios casos no sólo se expresaba a nivel emocional y psicológico, sino que también en dolencias o problemas físicos-y posterior a dicha atención médica fueron derivadas a una consulta psiquiátrica.

“Partí en el sistema porque, primero partí sin saber, porque se suponía que cuando me enfermaba estando casada, como a los 9 meses empecé a somatizar, pero desde lo físico [...] del médico general llegué al neurólogo y él trabajaba con una dupla-psiquiatra-porque igual los neurólogos se supone que hacen tratamiento psiquiátrico, entonces el tipo me hizo un scanner, me hizo exámenes y dijo que tenía los neurotransmisores dañados, tenía menos cantidad de no sé qué hueá, inventó algo, hoy día sé que inventó algo, pero dio una explicación que pareció razonable a todo el público, ya que yo llevaba tiempo dando jugo desde lo físico y él dijo que era mental, aparte que pasaba con jaquecas de pronto, jaquecas con vómito explosivo, entonces ya era algo como en la cabeza, ya apareciendo la cabeza cambió el paradigma en todo, antes daba lo mismo si hubiera sido una alergia estomacal, pero cuando acusó la cabeza, ahí como que todos se asustaron y empezamos con esos tratamientos, altruline, fue el primero que tomé con él” (Luisa).

Como señala Pérez (2012), en el campo de la salud mental, particularmente desde la psiquiatría, es recurrente encontrarse con una excesiva medicalización del sufrimiento subjetivo, no sólo con las grandes alteraciones del comportamiento que clásicamente se han asociado a la locura, sino también los comportamientos y alteraciones comunes (como el nerviosismo, la timidez, las dificultades para dormir, la rebeldía juvenil), siendo caracterizadas y comprendidas como enfermedades, siguiendo la lógica del escalamiento diagnóstico y la farmacologización.

En los relatos de las entrevistadas sobre sus primeras experiencias con los servicios de salud mental fue posible observar que todas, tras recibir atención psiquiátrica recibieron inmediatamente uno o varios diagnósticos psiquiátricos junto con prescripción farmacológica,

lo cual determinó que la mayoría de ellas comenzara un extenso historial de experiencias de psiquiatrización, las cuales se abordaran en profundidad en los siguientes apartados.

9.1.2. Experiencias en torno al diagnóstico en salud mental y prescripción de tratamiento farmacológico

Las mujeres recurren a dispositivos de salud mental en busca de respuestas y ayuda para comprender el origen de su malestar subjetivo-que suele traducirse en sucesos dolorosos y de sufrimiento para ellas y su entorno- y encontrar una solución que les permita retomar sus vidas y actividades cotidianas. Sin embargo, desde el discurso médico-psiquiátrico el origen de dicho malestar suele reducirse y explicarse a través de una categoría diagnóstica y la “solución” remite a la prescripción farmacológica. En ese sentido, la experiencia predominante en salud mental indica que el proceso de diagnóstico constituye el inicio de la experiencia de psiquiatrización, que continua con la prescripción de tratamiento farmacológico.

Lo anterior se evidencia claramente en lo relatado por las entrevistadas, quienes señalan que la mayoría de sus experiencias de atención con psiquiatras se centraron únicamente en otorgar uno o más diagnósticos y prescribir psicofármacos, sin ahondar en sus contextos sociales e interpersonales.

“Nadie me preguntó oye que te pasó cuando chica, tenías algo, de a donde crees tú que viene, nadie nadie, sino ¿qué sentís? esto, como que leen la parrilla, estos síntomas, tenis esto ah ya, suman todos estos síntomas entonces tenis esto otro, es como lo que yo puedo hacer no sé ,como puedo cruzar información en una tabla po’ ¿cachai?, pero nosotros no somos tablas, somos personas súper diversas” (Carmen).

La explicación biológica para el malestar subjetivo es recurrente en el discurso médico-psiquiátrico, lo cual suele superponerse a las experiencias personales y sociales de las personas, invisibilizando el vínculo que estas tienen con lo que los sujetos experimentan a nivel psicológico y emocional.

“Yo creo que la psiquiatría también de repente podría ver esas cosas, como más hacia afuera no tan “ah, no es que su cerebro está produciendo poca serotonina” puede ser que algo está pasando alrededor que no esté funcionando. Ahora yo después de que me separé estamos todos súper bien, o sea, ya nadie necesita medicamentos en mi casa, nadie necesita ir al psicólogo, y era una decisión tan simple de tomar, pero nadie ve eso” (Paula).

“Fue fuerte, o sea porque siento que siempre se me individualizó, por ejemplo todo lo que yo te contaba, como todos estos abusos que yo viví obviamente cualquier mujer habría estado llena de rabia, llena de pena, de pensar como cuántas veces me han, no solamente me han oprimido sino como que me han discriminado y me han hecho cosas solamente por el hecho de ser mujer, entonces como que siento que gran parte de la psiquiatría y de la psicología en verdad nunca tomaron ese factor como un hecho cachai” (Karina).

No es poco frecuente que, en la disciplina psiquiátrica, los problemas que generan dificultades en el plano de la subjetividad y que tienen un evidente origen y carácter social y político sean invisibilizados e individualizados y además reducidos en categorías diagnósticas que remiten siempre a una explicación biológica, lo cual es propio del discurso biomédico que prima en los dispositivos de salud mental.

En lo que respecta a los diagnósticos psiquiátricos que recibieron las entrevistadas, los más frecuentes fueron distintos tipos de depresión y bipolaridad. Sin embargo, la mayoría recibió varios diagnósticos a lo largo de su experiencia de psiquiatrización. En ese sentido, gran parte de las mujeres consultó varios profesionales durante su experiencia en el ámbito de la salud mental, lo que implicó que diferentes psiquiatras otorgaran diagnósticos distintos.

“Ehh tenía, estaba en cuestionamiento dos etiquetas porque a médico que voy es cambiar y cambiar los diagnósticos, como que cada uno tiene su diagnóstico particular para cada uno dependiendo quizás de que escuela de la psiquiatría venga, que rama sea no sé qué, ehh es trastorno bipolar creo que se llama y esquizofrenia” (Valeria).

En otros casos, el diagnóstico se modificaba o se otorgaban otros, a medida que las entrevistadas iban percibiendo nuevos síntomas, los cuáles eran asociados a otra “patología

mental” por el psiquiatra tratante. Dichos síntomas fueron percibidos en muchos casos por las entrevistadas luego de haber iniciado el consumo de psicofármacos prescrito.

“Empezamos con dos fármacos y de ahí fuimos a la lógica del escalamiento y después ya aparecían otros síntomas, entonces cambiábamos el diagnóstico, pasé por todos estos diagnósticos [...] pasé por trastorno de estrés post traumático, ansiedad, trastorno ansioso compulsivo no sé qué, depresión severa, depresión bipolar, cuadro psicótico y riesgo de esquizofrenia, todos esos” (Sandra).

“Primero cuando yo ingresé me dijeron que tenía ansiedad mixta depresiva y después terminó como depresión mayor, después de eso me dijeron bipolaridad, pero nunca me hicieron exámenes exactos obviamente, pero me dijeron muchos muchos diagnósticos, también me habían dicho como anorexia ansiosa, pero yo no tenía o sea, yo no comía por los psicofármacos, entonces como que me dijeran que tenía anorexia y yo no me sentía anoréxica porque en verdad no tenía ganas de comer por culpa de los psicofármacos” (Karina).

Las experiencias de las entrevistadas con los tratamientos farmacológicos que les fueron prescritos a lo largo de sus experiencias de psiquiatrización están marcadas por el consumo de diversos tipos, dosis y combinaciones de psicofármacos. Los tipos de fármacos más frecuentes en sus experiencias fueron de la gama de antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos. En ese sentido, un elemento común entre las expertas por experiencia fue haber vivenciado una frecuente modificación de dosis y combinación psicofármacos por parte de sus psiquiatras tratantes, lo cual provocó una serie de efectos negativos tanto a nivel físico como a nivel subjetivo.

“En el año fueron como 4 tipos de fármacos, de tratamientos farmacológicos distintos, entonces pasé entre los antidepresivos, la mezcla de los antidepresivos con los antipsicóticos, ya, y después estabilizadores de ánimo, después que no resultó, que iba para allá y ni me acuerdo la cantidad, pero sé que fueron 4 y con el cuarto, según el médico, me dijo no, los vamos a retirar y los retiró y antes de 3 meses estaba en un psiquiátrico” (Daniela).

Es posible reconocer que todas las entrevistadas tienen una percepción negativa sobre los psicofármacos debido a sus propias experiencias como usuarias o ex usuarias de dichos medicamentos. Esta percepción responde a vivencias de vulneración de derechos en la atención y malos tratos que recibieron por parte de profesionales de la salud mental relacionados al proceso de tratamiento y a los efectos adversos que les provocó el consumo de psicofármacos, lo cual se abordará a continuación.

9.1.3. Experiencias negativas en torno al proceso de tratamiento farmacológico

En este apartado se abordan las experiencias negativas relatadas por las entrevistadas en torno a la atención y trato recibido por parte de profesionales de la salud mental relacionados al proceso de prescripción y consumo de psicofármacos, junto con los efectos que dichos medicamentos provocaron en su salud y subjetividad.

Entre los efectos que reconocen estas mujeres, en torno al consumo de psicofármacos, se encuentran los efectos físicos, cuyas manifestaciones se presentan a nivel del cuerpo y organismo de las personas. Los efectos más frecuentes que percibieron las mujeres durante sus experiencias de psiquiatrización fueron: aumento de peso, mareos, náuseas, problemas para modular, problemas estomacales, temblores corporales, sequedad bucal y también en algunos casos exceso de salivación, entre otros.

“Con los medicamentos estaba hinchada como sapo, me tiritaban las manos, me tiritaban los labios, los ojos, tenía problemas para hacer pichí, tenía problemas gástricos, saliva, salivaba, hablaba y se me caía la baba, horrible, no es vida, ¿pa que?, si se supone que me tenía que sentir mejor pero me deprimía más porque me sentía fea, me sentía guatona, me sentía con cosas que no eran parte de mí, me las creaban los químicos” (Carmen).

“Las primeras cosas fueron como caída del cabello, después lo que yo te decía que no comía porque de verdad me daba asco la comida, se me apretaba la guata, también lo que me pasaba mucho por ejemplo, bueno que después me decían que era normal que a veces se me iba la vista quedaba ciega como por cinco segundos, bajaba la escalera y quedaba ciega como cinco segundos y me asustaba, ehh tuve mucho de eso y cosquilleos también en todo el cuerpo y ahí

me empecé a sentir mucho peor de lo que me sentía antes incluso, con los psicofármacos” (Karina).

Si bien varias de las entrevistadas percibieron efectos físicos durante sus experiencias con tratamiento farmacológico, los efectos psicológicos fueron sin duda los más frecuentes en sus relatos, como la pérdida o alteración en las emociones, sensaciones y habilidades cognitivas, como también la sensación de estar “dopada” constantemente.

“Mi familia, mi marido en ese tiempo, los médicos “no, si la Paula está mejor ahora”, o sea, si estaba todo el día durmiendo, no podía llorar, de hecho, es heavy pero los antidepresivos no te dejan llorar. Yo de repente me sentía mal y quería llorar, pero no sale, es como que te inhiben, todo el rato te inhibe los medicamentos, no puedes ser una persona normal” (Paula).

“Llegó un punto en que ni siquiera tenía emociones, ni buenas ni malas, no tenía, yo me sentía viviendo como detrás de un vidrio, detrás de una bolsa plástica, no reía con ganas, no lloraba con ganas, nada era, nada nada, pastillas para despertar, pastillas para dormir, pastillas para mantenerte, entonces eso también causa un caos, entonces imagínate yo sufrí de adicciones, entonces yo decía qué sentido tiene pasar de drogas ilegales a drogas legales, o sea me siguen drogando igual pero ahora con permiso -se ríe- antes era sin permiso, ahora me las dan, antes las tenía que buscar ilegalmente y es más antes por último sentía un poco de satisfacción con eso, ahora no, soy más infeliz aún”(Carmen).

Otro de los efectos recurrentes en las entrevistadas durante el consumo de psicofármacos fue la pérdida de memoria y alteración en la noción del tiempo, como le ocurrió a Luisa a quién le prescribieron un tratamiento con varios fármacos, denominado como “cura del sueño”.

“Yo no sabía que día era, yo perdí como 4 años de mi vida, yo siempre digo no sé cómo de los 26 tuve 30, entre los 26 y los 30 años yo perdí la noción del tiempo, no sé cómo llegué de un punto a otro, fueron años sin saber qué día era ni qué año era y tú me lo podías preguntar hoy día, me lo podías preguntar mañana y yo tenía que buscar o cuando iba de visita a algún lugar o cuando bajaba de haberme levantado, lo primero que hacía era mirar el calendario porque no sabía si habían pasado muchos días desde la última vez que había dormido y ya no sabía que año era y podía repetir eso todos los días ¿cachai?”(Luisa).

El consumo de psicofármacos y sus efectos físicos y psicológicos también tuvieron importantes repercusiones en la vida personal de las entrevistadas, inhabilitándolas la mayoría del tiempo para realizar sus actividades cotidianas o afectando sus vínculos familiares, de amistad o pareja.

“No quería relacionarme con la gente, me aislé un montones, montones, me fui pa adentro, no quería contestar llamados, ya, fueron un años pésimo, yo sé que, ahora sé que tuvo que ver con la terapia, yo pensé que yo era la que, que yo estaba mal, o sea que lo que el doctor era correcto, era correcto y que yo era la que estaba mal, que era un síntoma más de lo mío, no de que era algo del fármaco” (Daniela).

Uno de los efectos también descritos por algunas entrevistadas, que afectó el desarrollo de su vida personal, es la dependencia que generaron hacia algunos psicofármacos.

“Al final yo siento que eran mi dealer, porque tú te vuelves adicto al clonazepam, por ejemplo, yo tenía que ir al psiquiatra porque no me importaban nada los antidepresivos, pero sin el clonazepam yo ya no podía vivir, no me podía tranquilizar sin tomarme la pastilla, entonces terminas yendo a tu dealer, que es tu psiquiatra, te escucha veinte minutos, te vuelve a hacer su receta y tienes un cliente cautivo, porque un adicto es un cliente que no te va a abandonar. Entonces creo que es macabro lo que puede llegar a suceder con médicos que empiezan a recetar este tipo de fármacos sin mayor cuidado, cuidado de lo que le puede provocar a la vida de una persona, yo estoy segura de que yo no hubiera vivido lo que viví los siguientes cuatro años, más o menos, que me demoré en salir de todo eso, que afectó mi trabajo, mi familia, mis amigos mi vida, todo, todo se vio modificado por este tratamiento en el que me sometí, del que después quedé atrapada” (Carolina).

Una reflexión que se presentó en la mayoría de las expertas por experiencia es haber percibido que el tratamiento farmacológico generó efectos y síntomas que no tenían antes de consumir los psicofármacos prescritos, provocando que se sintieran física y emocionalmente peor que antes de iniciar el tratamiento, es decir, aquello que supuestamente las ayudaría a solucionar o sobrellevar mejor sus conflictos y malestar subjetivo, terminó empeorando y provocándoles más daño que el mismo malestar inicial por el cuál buscaron ayuda en los servicios de salud

mental. De esta manera, la percepción negativa que tienen las entrevistadas respecto al consumo de psicofármacos es coherente con sus experiencias como usuarias o ex usuarias de dichos medicamentos, debido a los múltiples efectos adversos y repercusiones negativas que estos produjeron su cuerpo, vida personal y subjetividad.

Al consultarles a las entrevistadas si previo a iniciar el consumo de psicofármacos el psiquiatra que les prescribía dichos medicamentos les informó y explicó sobre los posibles efectos secundarios o adversos del tratamiento, todas concuerdan de que la información que se entrega desde los profesionales de la salud mental es escasa, insuficiente o nula, lo cual a varias las llevó a recurrir a otras fuentes de información como internet para encontrar respuestas respecto a lo que les estaba ocurriendo con el tratamiento farmacológico.

“Ninguno te dice este fármaco tiene este compuesto y después de 15 días de uso usted va a empezar a tiritar o usted va a empezar con quizás, la boca no sentir ningún sabor, que de pronto no vas a recordar ni tu nombre pero es parte del tratamiento así que no se asuste, estoy siendo irónica ,o sea nadie te dice eso, te dicen esto es para que usted duerma y tú dices ah ya yo no duermo entonces esto es para dormir, esto es para que no babee tanto, la imipramina y la amitriptilina me ayudaba a no babear tanto con la clozapina entonces yo sabía que eran para eso, nunca nadie me dijo es neuroléptico, nadie me dijo nada, nadie me dijo cuál era compuesto, que pasaba después de 15 días, el uso prolongado puede traer daño a lo que sea, nadie me explica eso y supongo que a eso debiéramos referirnos con consentimiento informado, ya, entonces eso no existe” (Luisa).

Como señala Cea-Madrid (2019) no entregar información respecto a los componentes, interacciones y efectos del tratamiento farmacológico vulnera el derecho de las personas al consentimiento libre e informado al inicio su tratamiento, que atribuye responsabilidad al médico y al equipo profesional en la entrega de información sobre los efectos adversos de el o los medicamentos prescritos. Dicho incumplimiento constituye una forma de violencia hacia las personas que utilizan los servicios de salud mental, en tanto la omisión de información sobre los efectos del tratamiento farmacológico puede tener graves repercusiones en la salud y vida de las personas que consumen psicofármacos.

Es recurrente que las personas que utilizan los servicios de salud mental no tengan decisión e injerencia en torno a su propio tratamiento farmacológico. En ese sentido, existen vulneraciones desde los profesionales de la salud mental hacia las personas que buscan atención en dicho ámbito, en tanto se les niega el derecho a manifestar sus opiniones o decidir respecto a su proceso de tratamiento.

“Yo creo que cuando te los imponen así, es difícil tener como una buena percepción, yo me acuerdo que cuando estuve tomando esta cuestión la sertralina, estuve dos semanas o tres semanas creo y sentía que me hacía mal, fui como un día que no me correspondía [...] y le dije sabe que esta cuestión me está haciendo mal y me dijo noo no tú te estás pasando rollos, es imposible que tan luego te esté haciendo algo, la cuestión es que la dejé de tomar y me sentí mejor al tiro” (Camila).

“Informé que yo me sentía mal con uno, que me estaba, en ese momento estaba con el diagnóstico de depresión, me sentía mal con uno de los fármacos que me habían dado y la supuesta especialista dijo “no pero si con estos fármacos uno juega con la dosis, dóblela” y la doblé ay debería yo hacer una querrela a eso, al doblar, porque ni yo me acuerdo de todo lo que pasé en esa semana” (Daniela).

La relación entre los profesionales de la salud mental y los usuarios de dichos servicios suele articularse en torno a la medicación. Lo cual coincide con lo planteado por Moncrieff (2013), quién señala que, los profesionales suelen persuadir a las personas para que tomen medicación que no desean, modificando las dosis si algo no va de acuerdo con lo esperado, añadiendo fármacos o cambiando su pauta de administración. En relación con lo anterior, otras situaciones de vulneración en la atención en salud mental ocurren cuando los profesionales invalidan el derecho de las personas a expresar lo que sienten respecto a su experiencia de psiquiatrización y no consideran la posibilidad que los síntomas que manifiestan sean producidos por los mismos fármacos que les fueron prescritos.

“Valeria: Si cuestionas al psiquiatra, cómo le preguntas, le dices mira sabes que a mí esto no me está funcionando, que se yo, yo quisiera ir por otro camino, ehh hablarte de discontinuación de fármacos imposible [...] Una vez hable de discontinuación de fármacos con un psiquiatra en el hospital público, en este proceso de yo disputar las visitas con mi hijo y él lo anotó ahí inmediatamente como un síntoma de algo malo, como que se estaba

agudizando mi cuadro psiquiátrico.

Investigadora: ¿Y qué te dijo o cómo te trató?

Valeria: Exactamente eso me dijo, yo veo que se está agudizando tu cuadro de... estás hipomaniaca, me dijo que no era posible que me descontinuaran los fármacos, que de hecho yo debería tomar más psicofármacos, que era bastante benevolente conmigo al darme menos psicofármacos pero que ante esto, así, cuestionando inmediatamente, te niegan ser partícipe de ti misma, como no, no te dejan participar de lo que es, tiene mucha injerencia en tu vida, como no te dejan participar de lo que tú te echas al cuerpo finalmente”

Como se evidenció en las situaciones relatadas por las expertas por experiencia, cuando existen cuestionamientos hacia el saber médico o cuando las sujetas muestran algún indicio de emancipación respecto a su experiencia de psiquiatrización, los profesionales de la salud mental suelen invalidar dichas opiniones bajo el argumento de que la persona presenta problemas para adherir al tratamiento o que la idea de abandonar o reducir el consumo de psicofármacos es “síntoma de su locura”, debido a que descontinuar el uso de fármacos o adoptar alternativas a este, no se considera como una alternativa válida para la psiquiatría.

Las experiencias relatadas dan cuenta de la relación vertical entre médico(a) y paciente que predomina en el ámbito de la salud mental, la cual promueve la figura del psiquiatra como autoridad que posee el saber respecto a lo que ocurre con la salud mental de sus pacientes. Esta relación asimétrica de poder se exagera cuando las personas que consultan a dichos profesionales se encuentran atravesando situaciones emocionales complejas, en tanto la única opción que se les presenta desde los profesionales es adherir al tratamiento farmacológico, viéndose limitada su capacidad de cuestionamiento y poder de decisión respecto a su experiencia de psiquiatrización.

“Uno de los fármacos hoy entiendo que es el venlafaxina , que empezó a subir así como dosis muy heavys, más otros, muchos más, bueno y eso derivaron en un intento de suicidio, pero yo estaba hecha ya, era una cosa, ya no tenía... y eso lo recuerdo muy claramente hoy, he hecho el ejercicio de analizar ese momento, en ese momento a mí se me niega el acceso a la voluntad ¿cachai?, entonces la única voluntad que yo podía tener era decidir si me tomaba dos, cinco, diez o trescientos que tenía juntando todas las cajas” (Sandra).

Existen profesionales, que, a partir de su posición de autoridad, ejercen vulneraciones en la atención y malos tratos hacia las personas que utilizan los servicios de salud mental-tanto públicos como privados-las cuales, se acentúan cuando éstas se encuentran vulnerables emocionalmente, lo cual suele impedirles cuestionar o hacer frente a situaciones abusivas.

“Al entrar al COSAM de mi comuna fui a mi primera atención con el psiquiatra que me asignaron y este psiquiatra sentado frente a su computador, me hablaba, me hablaba, me hacía preguntas, yo le contestaba y yo todo el rato le hablaba pero mirándolo a él, él jamás me miró [...] y tecleaba en su computador y me dijo ya te voy a dar tanto tanto tanto, entonces yo le decía pero para qué sirve y me decía como vagamente y yo no le entendía, pero no estaba tan bien emocionalmente, entonces tampoco me atrevía como más, ni a reclamar porque estaba súper frágil en esas etapas, los mismos medicamentos te producen esa fragilidad, entonces ya, me receta toda esta, un montón de cosas, como 3 recetas y me voy po [...] voy a la farmacia [del COSAM] y no había ninguno y yo me desesperé porque dije pucha si no sigo tomando estos remedios que me va a pasar y me devuelvo donde él y le digo no hay remedios y se levanta de hombros y me dije “eh no sé po, como que no es mi problema”, y yo le dije ¿pero qué hago?, tiene que haber estos remedios, no puede ser que no existan, esto es algo delicado y me dice “pon un reclamo po’ ” y yo no atiné nada, yo me puse a llorar [...] me fui llorando como cabra chica a mi casa” (Carmen).

“Yo en ese entonces acudí a psiquiatra privados, porque a mis papás no les iba, no ganaban mucha plata, pero ellos pensaban y tenían la idea de que si era algo privado iba a ser mucho mejor el trato [...] pero al final nunca les importé yo como persona [...] de hecho, llegué a este psiquiatra porque supuestamente era uno de los mejores psiquiatras acá en Santiago, pero cosa que no fue así porque me trató muy mal” (Karina).

Las experiencias de las entrevistadas, coinciden con lo expuesto por Castillo (2018), dando cuenta de la relación vertical que predomina en la atención en salud mental, lo cual da lugar a que los médicos puedan actuar de forma coactiva para que las personas mantengan su tratamiento farmacológico, lo que puede traducirse en amenazas de internación psiquiátrica, manipulación emocional con situaciones de la vida personal o prescripción de procedimientos

invasivos y tremendamente cuestionados como terapia electroconvulsiva (electroshock) y lobotomía.

“Él (psiquiatra) entró por la cortina y me dijo de que la próxima vez que me intentara matar que sí iba a resultar porque él no entendía cómo no había resultado esta vez, pero que me iba a dejar a 3 niños a cargo de un violador que probablemente iba a violar a mis hijos igual como lo había hecho conmigo, entonces me dijo tú tienes que recuperarte por tus hijos, tienes que salir de aquí y para eso yo te voy a ayudar, así que te va a venir a buscar uno de los auxiliares, te vas a ir a la dependencia de psiquiatría, así que me fue a buscar el auxiliar, me entraron y ahí él me dijo te voy a dar, vas a empezar a tomar algo nuevo, que no puedes dejar y de lo contrario si no quieres usar este tratamiento, electroshock, pero a su vez [...] a mi papá le dijo de que aquí en la región no se practicaba o por lo menos él no practicaba lobotomía, pero si quería hacerme una en Santiago, le dio nombre de clínica al parecer no sé, le dijo que allá se podía gestionar la lobotomía” (Luisa).

Una situación similar le ocurrió a Valeria, quién se encontraba en un contexto de regulación de régimen de visitas por su hijo y recibió amenazas en varias oportunidades por parte de su psiquiatra para que mantuviera su tratamiento farmacológico.

“Valeria: Te atienden, así como simbólicamente, diez minutos y diría que es hartito diez minutos.

Investigadora: ¿Y se centran solamente en el tema de los fármacos?

Valeria: Sí y con mucha bajo amenaza, onda bajo amenaza de internaciones forzadas, bajo amenaza de declaración de interdicción.

Investigadora: ¿y que te han dicho con relación a eso?

Valeria: Así como, mejor ándate con cuidado porque aquí yo puedo emitir un informe al tribunal, tú ya no ves más a tu hijo y te puedo declarar hasta interdicta, así tal cual”.

En ambas experiencias se observan actitudes coactivas por parte de los profesionales de la salud mental para que las mujeres se mantengan bajo tratamiento farmacológico. La amenaza y manipulación emocional a través de la apelación a su rol de madres evidencian una vulneración de derechos respecto a la decisión sobre el propio tratamiento y además una forma de violencia en base al género entendiendo que dicha referencia a la maternidad por parte de

los médicos espera una respuesta por parte de las entrevistadas que se ajuste a su obligación social de comportamiento como madres.

Una situación similar le ocurrió a otra entrevistada, quién fue cuestionada por uno de sus psiquiatras respecto a su decisión de haber sido madre.

“Un psiquiatra cuestionó el hecho de que yo hubiera sido mamá y me dijo así care raja en mi cara que las bipolares no deberían ser madres, no deberían tener hijos, no deberían reproducirse, entonces yo lloré, mi única respuesta ante todo era llorar” (Carmen).

La percepción negativa y el discurso crítico que poseen las entrevistadas respecto a sus experiencias de psiquiatrización, responde a las situaciones de vulneración de derechos y violencia de género que han vivenciado en los procesos de atención, diagnóstico y prescripción de tratamiento farmacológico en el ámbito de la salud mental.

“Yo creo que lo más grave fue el segundo psiquiatra que vi [...] él atendía a mi mamá, entonces también asumió que esto era una bipolaridad, que era todo esto que a mí me ocurría no era real sino que era una crisis psicótica y entonces se preocupó que yo no volviera a tener una crisis psicótica, me convenció que yo estaba enferma y además siempre le encargó el rol de cuidador a mi marido, entonces él se transformó en mi enfermero, y eso duró muchos años entonces [...] todo enojo de mi parte, toda idea de mi parte, todo era mi locura; si yo quería ir de vacaciones, estaba loca; si me enojaba era porque estaba loca, o sea, enferma, entonces tenía que ir al psiquiatra, y él avaló todo eso, él provocó esa situación, nunca, nunca, ninguna de las dos personas hizo el menor intento de profundizar en mi tema” (Patricia).

Es una reflexión compartida por las entrevistadas de que sus experiencias negativas en el ámbito de la salud mental responden también al hecho de ser mujeres.

“Era una constante durante 10 meses casi un año que estuve yendo con el psiquiatra de invalidarme todo el rato por ser más chica, a veces por ser mujer igual, me decía, así como es que ustedes las mujeres no sé qué, así como ya, al final terminaba yendo solo para que me diera la receta para yo seguir con las clonas tomándolas en sos nomás porque tampoco me las tomaba todas” (Camila)

“El ser mujer y ser atendida, a mí me pasó que sobre todo con mujeres [psicólogas] en la parte pública es lo que yo te dije, he sido cuestionada por mujeres, las historias que yo puedo llegar a contar no sé si es porque no te están escuchando, pero como que más se ponen así, no puedo creerte todo esto que cuentas, para mí creo que ha sido lo más fuerte porque qué más te voy a decir, o sea si que puedo estar haciendo, por qué voy a estar inventando eso, por qué voy a estar perdiendo mi tiempo cierto, dos horas, porque eso era lo otro en salud pública tu podis estar horas y horas esperando y esperando, yo iba siempre a mis consultas, era súper metódica en eso y para que después te cuestionen” (Daniela).

Los relatos de las entrevistadas dan cuenta de las diversas experiencias negativas que tuvieron respecto al proceso de tratamiento farmacológico en su paso por los servicios de salud mental. En ese sentido, los efectos adversos de los medicamentos y sus repercusiones tanto a nivel corporal como subjetivo, junto con las vivencias de vulneración de derechos asociadas a la atención y trato con profesionales de la salud mental relacionados al proceso de prescripción y consumo de psicofármacos, se condicen con las representaciones negativas de las entrevistadas sobre sus experiencias de psiquiatrización.

9.1.4. Experiencias negativas en contextos de hospitalización en instituciones y/o servicios de psiquiatría

En los relatos de las entrevistadas se reconocen otras experiencias asociadas al diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, que refieren a hospitalizaciones en instituciones de salud mental o servicios de psiquiatría en recintos de salud.

Luego de varios meses de atención psiquiátrica y tras consumir diversos tipos de psicofármacos que le provocaban una serie de efectos adversos y repercutieron negativamente en su vida, Carolina fue hospitalizada en una institución psiquiátrica tras un intento de suicidio, su madre intentó contactar al psiquiatra que la atendía y prescribía el tratamiento farmacológico, pero nunca obtuvo respuesta.

“Llegué al psiquiátrico que es algo que suele ocurrir cuando intentas suicidarte que, con sobredosis de fármacos te llevan a la posta por la sobredosis y de ahí directo al psiquiátrico [...] mi mamá llamó al psiquiatra con el que me atendía y él no contestó nunca el teléfono, imagínate cual es el nivel de responsabilidad de ese médico que el día en que yo estaba en la posta porque me pegué una sobredosis de fármacos, el médico no contestó el teléfono, yo creo que él sabe perfectamente que él tendría que haber detectado todo esto antes que pasó por los fármacos en alguna medida, no digo 100%, pero los fármacos ayudan a que uno entre en una crisis de ese nivel, porque tú estás en un carrusel de cosas químicas en tu cabeza y por eso el tipo nunca más contestó”. (Carolina).

La entrevistada Sandra vivió una situación similar, reconoce que las altas dosis y combinaciones de psicofármacos la llevaron a un estado de crisis, que derivó en un intento de suicidio, por lo cual fue internada en una institución psiquiátrica en contra de su voluntad.

“El psiquiatra dice no es que te tienes que internar [...] y yo no puedo como un poco perder mi reputación por tu rebeldía cachai, eso como entre líneas es la sensación que me quedó y te vai, te vai pa dentro nomás po, te fuiste, sin consentimiento, yo no quería y lloraba y rogué, fue súper patético, yo recuerdo la escena y era como por favor no cachai, no es que llegaron los hueones con bata blanca y me agarraron y me metieron, no, no es así, pero sí es como por favor no me hagas esto, entonces claro cuando hay una persona que en este caso era mi pareja, para otros pueden ser los padres, los hermanos, la familia, los miembros de tu familia que están viéndote sufrir, porque el sufrimiento psíquico es una realidad y no saben que hacer y ven a este dios de bata blanca y te dice es que tienes que hacer esto, es que tenís que hacer esto [...] entonces yo perdí toda libertad de decidir respecto de mi propio cuerpo y mi propia mente y mi propio ser cachai” (Sandra).

Una experiencia similar vivió Daniela, quien llevaba pocos meses sin psicofármacos, luego de que el último psiquiatra que visitó decidiera retirarlos completamente en un corto plazo, lo cual le provocó varios efectos adversos. Durante ese tiempo mientras se encontraba de viaje en otra ciudad tuvo una crisis en un espacio público, lo que derivó en que fuera hospitalizada y amarrada para luego ser internada en un psiquiátrico en contra de su voluntad.

“Como te digo estaba sin fármacos, así que un poco acelerada y tuve como una crisis de pánico, entonces pedí a gente de la calle que por favor pidieran ayuda y llegó una ambulancia y ahí me tomó un psiquiatra [...] y dijo no este es el caso de bipolaridad, una crisis de manía, así que vamos a esperar, la dejamos amarrada y vamos a esperar cama [...] Me veo amarrada, de ahí fármaco, fármaco, estuve sedada no sé 5 días más o menos sedada, avisaron a mi familia en Chillán y hasta que llegó la cama, como al quinto día llega la cama y yo no sabía, imagínate con todos los sedantes que te colocan, ni donde estai o a donde voy y cuando me veo encerrada en Valparaíso en un psiquiátrico y muy dopada me hacen firmar la famosa hoja de que tu te estai internando, o sea ni siquiera entendiendo bajo eso que estás firmando no vai a salir aunque los demás pataleen afuera no te van a dejar salir” (Daniela).

Respecto a las situaciones de ingreso en instituciones o servicios de psiquiatría, es posible reconocer que, en la mayoría de las experiencias de las entrevistadas, las hospitalizaciones tuvieron un carácter involuntario, en tanto su poder de decisión se vio supeditado a ordenes de los profesionales y/o a la decisión de familiares, en otros casos su voluntad frente al ingreso se vio anulada ante las medidas de contención o la fuerte medicación que les fue aplicada en los servicios de salud mental. En relación a lo anterior, otras entrevistadas señalan que, si bien autorizaron su hospitalización, reconocen que dicha decisión se dio en un contexto donde se encontraban “dopadas”, es decir bajo los efectos de los fármacos *“Ninguna de mis hospitalizaciones fue contra mi voluntad... bueno, las veces que me fueron a hospitalizar estaba siempre muy empastillada entonces “yo creo que tenemos que hospitalizarte”, uno entre lo drogado que está no tenís más opciones, como “bueno” (Paula).*

Tal como señala Locos por nuestros derechos (2015), las internaciones de carácter forzoso en instituciones de salud mental constituyen una vulneración de derechos, en tanto se transgrede la voluntad de poder decidir respecto al propio proceso de tratamiento y además dichas situaciones suelen involucrar medidas coactivas, como la contención física y/o medicación involuntaria, que condicionan y/o anulan el consentimiento de las personas.

En lo que respecta a las experiencias de las entrevistadas durante su estadía en las instituciones o servicios de psiquiatría, varias señalaron la carencia de equipamiento e higiene de dichos lugares, utilizando como analogía a las instituciones carcelarias.

“Las condiciones eran pésimas, en el sentido que no había suficiente personal de aseo, por ejemplo o no habían suficientes frazadas y a veces alguna loca te quitaba tu frazada y quedabas sin frazada, como en la cárcel un poco [...] Era como “Orange is the new black”, no sé si tu viste el primer capítulo cuando la protagonista entra y no tiene chalas y le da mucho asco porque la ducha está con caca y con mugre de otras presas, a mí me pasó un poco eso, no tenía las cosas básicas como unas chalas que se yo, una toalla y claro, tú te podías estar duchando y alguien se hacía caca al lado tuyo y esa agua caía en tus pies y tú estabas ahí y nadie limpiaba” (Carolina).

La experiencia en instituciones psiquiátricas suele compararse con la experiencia carcelaria, en tanto ambas como plantea Goffman (2012) son instituciones totales, debido a que comparten características como la restricción de las libertades individuales, relaciones verticales entre funcionarios e internos(as) y en algunos casos deficientes condiciones sanitarias y de infraestructura.

Respecto a la relación con los profesionales de las instituciones de salud mental, la mayoría de las expertas por experiencia tiene una percepción negativa, debido a las situaciones de vulneración y malos tratos a las que se vieron expuestas por parte de los(as) funcionarios(as) de dichos lugares.

“Está como ese hecho que te digo que te hagan desnudarte o que simplemente no te lleven un vaso de agua cuando lo necesitas o si necesitas algo, estaba toda amarrada, o sea yo no me acuerdo pero lo único que sé es que estuve con isquemia en los brazos porque ellos decidieron amarrarme porque yo era peligrosa [...] cómo tú vas a poder recuperarte de qué si estai más con miedo, si te torturan, si te están sacando tus cosas, si se están riendo de ti, yo como escribía sabís cuantas veces escuché ahí está la Mistral, no sé, las burlas de los auxiliares o lo que uno hace en el baño, yo sabía que me estaban mirando” (Daniela).

“Yo estuve en el psiquiátrico de El Salvador [...] ahí el personal era bastante agresivo, si no te tenían buena no te daban las pastillas o no te... te tramitaban mucho para cualquier cosa o se burlaban de uno, tú pedías algo y se reían de ti y tú dependes totalmente de ellos, si tienes que hacer un llamado para que alguien venga y te traiga algo importante y ellas se empiezan

a burlar de ti, tú tienes que someterte a que se burlen de ti porque en algún momento tú igual necesitas el teléfono” (Carolina).

Tal como plantea Goffman (2012), en las instituciones psiquiátricas ocurren situaciones de vulneración hacia las personas internas, quienes suelen vincularse con los funcionarios(as) desde una posición de sumisión, que gran parte del tiempo implica rogar o someterse a humillaciones para que estos les provean elementos básicos como un vaso de agua, fuego para un cigarrillo o utilizar el teléfono.

Las experiencias relatadas por las entrevistadas reafirman lo planteado por Cea-Madrid (2019), quien señala que no es poco frecuente que las personas durante su paso por instituciones psiquiátricas experimenten tratos crueles, inhumanos y degradantes por parte de auxiliares, paramédicos y profesionales. En ese sentido, también es posible reconocer que en dichos lugares ocurren situaciones que son fundamentalmente violentas y abusivas para las mujeres, lo cual se evidencia en las diferentes experiencias de las entrevistadas.

“Hoy día sé que me vulneraron por todas partes po, me violaron por todos lados y no solamente me refiero al uso indiscriminado de fármacos al no tener un verdadero estudio que legitimara lo que yo hipotetizaban que tenía, en haberme metido al protocolo más terrible que puede existir en la historia de nuestro país, que es el poli clozapina, que debiera ser ilegal, por todo el daño colateral que conlleva eso, sino que también dentro de los equipos de salud mental existe vulneración de derechos porque yo era la mujer del auxiliar, ¿cachai? y si tú estás buscando un lugar que te resguarde, que te proteja de ti misma, no pueden haber ahí personas que se adueñen de tu cuerpo [...] es un cuadro súper vulnerable po, uno es un objeto, donde todos se vacían en ti, donde pueden hacer lo que quieran, no puedes decir nada, entonces desde esa perspectiva claro que me siento vulnerada hoy día” (Luisa).

Si bien las vulneraciones de derechos en las instituciones de salud mental constituyen un hecho transversal que puede afectar a hombres y mujeres, estas últimas vivencian y experimentan en una serie de situaciones opresivas que constituyen violencia de género, como lo son las agresiones y abusos sexuales, que pueden ser desde los funcionarios o también desde otros internos de la misma institución.

“Yo estuve en esta clínica en la cual se violó una paciente [...] yo conocí al enfermero, lo conocimos, nosotras denunciarnos en esa época, denunciarnos que este tipo se paraba detrás de las puertas a observarnos cuando nos cambiábamos de ropa y el terror que sentíamos, porque en la noche, claro te revisaban la boca a ver si te habías tomado el medicamento, claro tu estai raja po, no cachai que pasa contigo, entonces, no sabíamos que podía ocurrir con nosotras en ese intertanto y afortunadamente yo me imagino que producto de lo que nosotras íbamos denunciando a este gallo lo sacaron de los turnos de noche en esa época, pero luego meses después” (Sandra).

“El ser mujer y que te bañe un hombre, como te lo comento, también es fuerte, para mí por lo menos soy muy pudorosa y cuidadosa, entonces eso y que te agarren hombres o te den agarrones o que te toquen, es muy agresivo, yo creo que pa cualquiera, cualquiera, pero claro como mujeres, no tenís ni fuerza para defenderte, en una hospitalización que voy a hacer yo” (Daniela).

Otra forma de vulneración de derechos y violencia de género que experimentan las mujeres que utilizan los dispositivos de salud mental y sobre todo las que han pasado por experiencias de hospitalización en instituciones o unidades psiquiatría, son los procedimientos de esterilización involuntaria por motivo de salud mental.

Luisa fue esterilizada forzosamente tras su tercer embarazo, para dicho procedimiento no le pidieron su autorización y firma en el documento de consentimiento informado¹⁸, además su

¹⁸ La Norma General Técnica N° 71 sobre Normas de esterilización quirúrgica en personas con enfermedad mental (2004) establece varias especificaciones normativas, entre ellas que: La decisión de esterilización debe hacerse a solicitud de una persona individualizada y no de una institución, en orden a proteger siempre el interés de la persona y no la conveniencia de terceros. También debe incluir siempre la información y la participación de la persona directamente involucrada (usuaria), además del tutor legal. Asimismo, la esterilización no debe de ninguna manera representar una "solución" a las afecciones que presenta la persona o al peligro de abuso que corren las personas con "discapacidad mental". Desde la perspectiva de los Derechos Humanos y de los derechos sexuales y reproductivos, la persona debe ser protegida de todo tipo de violencia sexual y abusos, tanto en el ámbito familiar como institucional.

poder de decisión también estuvo condicionado por su compleja situación de violencia en el ámbito familiar y su posición de mujer psiquiatrizada durante varios años.

“Por salud mental sin consentimiento, sí me esterilizaron forzosamente con mi tercer hijo [...] yo sabía que me iban a hacer una cesárea y sabía que me iban a esterilizar, yo lo sabía, que me haya dicho el psiquiatra tu en realidad ¿quieres esterilizarte?, quizás a lo mejor le hubiera dicho sí no quiero tener más hijos, pero ese sí era porque no quería tener más hijos con el hueón con el que estaba, que me violaba para tener hijos ¿entiendes?, entonces por eso es que todo es tan subjetivo dentro de eso, porque cualquiera podría decir no pero si ella también estaba de acuerdo, claro que no quería seguir teniendo más hijos de él y no había forma de zafarme del matrimonio, no tenía ninguna estructura de emancipación en ese tiempo como para decir ya después de este que voy a tener ahora yo me voy a poner a trabajar y voy a hacer, estaba ya psiquiatrizada, empastillada, invisibilizada, con violencia intrafamiliar de años, 7 años de violencia intrafamiliar, entonces si alguien me hubiera dicho tu puedes salir de ese hoyo, mentira, yo hubiera dicho eso es mentira, eso no existe, yo no puedo salir de acá [...] yo no firmé nada, por lo menos yo que recuerde a mí no me hicieron firmar nada, me parece que firmó él, el que era mi esposo, entonces no, ese fue el episodio de la esterilización, por eso fue una esterilización forzada” (Luisa).

Tal como señala Ortoleva y Lewis (2012), a menudo a las mujeres que atraviesan por problemas de salud mental se les considera como si no tuvieran control o no debiesen tener control sobre su salud reproductiva y otros aspectos de su cuerpo y por lo tanto se les esteriliza de forma involuntaria o no consentida bajo el argumento paternalista de que es “por su propio bien”. La autorización para dicho procedimiento suele provenir desde la familia, pareja o incluso desde los mismos profesionales.

“Esa era la única salida que yo tenía permitida de la clínica donde estaba hospitalizada por la depresión, me sacaban de la clínica para llevarme al ginecólogo y de ahí me llevaban de vuelta a la clínica, entonces, tu comprenderás que dentro de todos los medicamentos y yo viviendo en una burbuja, llego al ginecólogo y me dice “flaca te voy a operar porque tú no vas a tener más hijos porque en tus embarazos tú lo pasai’ mal y no sé qué y bla-bla-bla” [...] Tú ya estando con medicamentos, con el medicamento que sea que te de sueño, que te apague, no

podís estar, no podís responder con tu voluntad, no puede ser voluntario, de ninguna forma, a mí me dijeron “te voy a operar” y yo dije “bueno” ” (Paula).

Paula no denomina su experiencia como una esterilización forzosa, pero sí señala que las circunstancias personales por las cuáles atravesaba sumado a los efectos de los psicofármacos que consumía no otorgaban las condiciones para que el procedimiento fuera voluntario.

“Forzoso me suena, sí, casi como que me llevaron amarrada a esterilizarme, y no fue así pero sí creo que no fue tan voluntaria, a pesar de yo haber dicho que sí, creo que las circunstancias no daban para que fuera voluntario, tal vez si me lo hubiese preguntado después de la cesárea, cuando yo estuviera mejor, tal vez si me lo preguntaran ahora... ahora no sé si habría dicho que sí” (Paula).

En lo que respecta a los procedimientos de esterilización involuntarios por motivo de salud mental, es necesario considerar el contexto por el cuál atraviesan las mujeres al momento de dicho procedimiento, pues si bien estas pueden autorizar el procedimiento en términos legales, entregando su firma en el respectivo documento, es imprescindible cuestionar las situaciones sociales y personales a las cuales se supedita esa supuesta declaración de voluntad. También abordar el rol de los profesionales que forman parte de los procedimientos de esterilización, los cuales debieran¹⁹ entregar información clara y completa respecto a la intervención, sin tener actitudes persuasivas o coactivas que busquen incidir en la decisión de las mujeres.

Las experiencias de las entrevistadas dan cuenta de una serie de prácticas naturalizadas en las modalidades de atención, tratamiento y procedimientos que evidencian la vulneración de derechos y violencia de género que existe en las instituciones y servicios de salud mental. En ese sentido las mujeres se ven enfrentadas a una serie de situaciones opresivas en dicho ámbito,

¹⁹ La Norma General Técnica N° 71 sobre Normas de esterilización quirúrgica en personas con enfermedad mental (2004) señala que si bien la esterilización, es una responsabilidad profesional del médico que la practica, quien deberá asegurarse que las modalidades de indicación y del procedimiento de autorización sean concordantes con las normas vigentes, no establece como regulación, que el personal médico no debe tener actitudes persuasivas o coactivas que inciten a las mujeres a consentir dicho procedimiento irreversible.

como son las esterilizaciones no voluntarias, violencia sexual, malos tratos y vulneraciones en tanto mujeres y/o madres psiquiatrizadas.

9.1.5. Síntesis

A partir de los relatos de las entrevistadas, es posible señalar que, la lógica de atención en los servicios de salud mental opera desde un enfoque biomédico, a través del cual, se abordan los problemas de salud mental de las personas como sucesos de origen biológico u orgánico, invisibilizando las situaciones sociales y contextuales que pueden ser los detonantes de dicho malestar, replicando una comprensión reduccionista en torno al sufrimiento y promoviendo el consumo de psicofármacos como la única alternativa para afrontar los episodios de malestar de las personas.

En lo que respecta al proceso de tratamiento farmacológico, las entrevistadas señalan que, la información que entregan los psiquiatras respecto a los componentes y efectos adversos de los psicofármacos que prescriben no sólo es nula o insuficiente, sino que además se les niega la posibilidad de opinar o decidir sobre su propio tratamiento farmacológico, lo cual constituye una vulneración de derechos y es por ende una forma de violencia. De esta manera, su voluntad y autonomía en su experiencia como usuarias de los servicios de salud mental en torno a aspectos relacionados con su propia subjetividad estuvieron supeditadas al juicio y aprobación de un “experto”, en tanto, en la mayoría de los casos, no se consideraron sus percepciones y saberes como personas que vivieron la experiencia de psiquiatricación.

Por otra parte, las experiencias de las entrevistadas develan un predominio del verticalismo en la relación médico-paciente en el ámbito de la salud mental, dando cuenta de situaciones donde los profesionales desde su posición de autoridad transgreden los derechos de las usuarias de dichos servicios. Asimismo, se evidenciaron situaciones claramente vulneradoras para estas mujeres, como hospitalizaciones y esterilizaciones voluntarias, situaciones de abuso en instituciones y/o servicios de psiquiatría, dando cuenta de una serie de prácticas violentas y procedimientos vulneradores para las mujeres.

Los relatos de las entrevistadas muestran una serie de situaciones y experiencias que dan cuenta de la vulneración de derechos y violencia de género presente en la atención, proceso de tratamiento y procedimientos en el ámbito de la salud mental, lo cual se traduce en representaciones negativas en torno a sus experiencias de atención y tratamiento en dicho ámbito.

9.2. Dimensión simbólica de la violencia de género en salud mental

9.2.1. Estigmas sobre la locura y repercusiones sociales del diagnóstico

El alcance que tiene la vulneración de derechos que se presenta hacia las personas que son o han sido psiquiatrizadas no se remite únicamente al ámbito de la atención médica, prescripción de tratamientos e intervenciones a nivel físico, sino que también existe una violencia de tipo simbólica, que refiere a las creencias e imaginarios sociales que existen en torno a los diagnósticos psiquiátricos y a la locura, que suelen traducirse en procesos de estigmatización, que conllevan importantes repercusiones sociales hacia las personas que han sido usuarias de los servicios de salud mental.

Las entrevistadas en sus relatos dieron cuenta de las diversas concepciones y juicios que se generan desde el entorno social sobre las personas psiquiatrizadas. En ese sentido, uno de los principales estigmas que se construye en torno a los diagnósticos psiquiátricos y/o la locura es la reducción de la identidad de la persona al diagnóstico que le ha sido otorgado.

“Los diagnósticos pasan a ser como tú identidad, yo no soy Karina, soy bipolar y ante todo soy bipolar” (Karina).

Dicho proceso de estigmatización no sólo se manifiesta en el entorno cercano de las personas que han sido diagnosticadas, sino que también puede ser reforzado por los propios profesionales de los servicios de salud mental.

“Con esta última psiquiatra, muy amable, muy cercana me dice, ¿por qué a ustedes los bipolares les encanta dejar los medicamentos? y ya no era yo, era ustedes los bipolares” (Sandra).

En relación con lo anterior, las entrevistadas señalan que el diagnóstico y el proceso de psiquiatrización suele ser visto por el entorno como algo permanente, que las acompaña siempre. Para varias los diagnósticos psiquiátricos son percibidos como una condena social.

“Que te tachen de por vida, algo de por vida, es como que de por vida ya te están dando tu sentencia, yo en este momento todavía me siento con la sentencia po” (Daniela).

“Todos me decían, que yo nunca iba a cambiar, que lo que yo tenía era para toda la vida y toda la vida tenía que estar medicada, entonces siento que un gran prejuicio es como creer que uno nació en este mundo y si estás deprimida en verdad estás destinada a estar deprimida toda tu vida y tomando clonazepam hasta los 80 años” (Karina).

Una forma de estigmatización recurrente hacia las personas psiquiatrizadas refiere al prejuicio de incapacidad, que considera a dichos sujetos y sujetas como incompetentes o no funcionales en cualquier ámbito.

“Creo que eso es el principal acto de violencia que se genera hacia las personas que estamos psiquiatrizadas, que vivimos esas etapas, de que nadie piensa de que nosotros aún en algún momento no fuimos o no somos capaces de algo o que nunca más vamos a ser capaces tal o cual cosa que antes hicimos, podemos desarrollar otras cosas que las podemos hacer virtuosamente, entonces como que nos meten en un paquete general que nunca más vamos a funcionar en nada, en nada, nada, desde una relación amorosa, desde los hijos, desde la educación, desde la economía, no vamos a poder” (Luisa).

Los prejuicios que conciben a las y los usuarios de los servicios de salud mental como incapaces también conllevan una constante infantilización hacia estas.

“También esto de que te traten con tanta condescendencia, como que te tratan de niña básicamente, constantemente, la infantilización es algo muy fuerte” (Valeria).

Otro estigma que comúnmente se asocia a la locura refiere a la violencia o a lo peligroso. La concepción de que las personas psiquiatrizadas son violentas provoca reacciones de temor o rechazo desde el entorno. Dicho prejuicio suele incrementarse para las personas que han sido internadas en instituciones de salud mental.

“Cuando alguien de afuera te ve y dice “bueno, es que tú realmente estás loca, porque mira como eres violenta” y en realidad desconoces toda la otra cadena de situaciones que te lleva a estar al límite, ¿cachai?, cuando tú estás encerrado, lo único que quieres es salir, es un asunto vital salir de ahí porque es como una cárcel” (Carolina).

Tal como plantea Nunes y Torrente (2009), los estigmas anclados en el imaginario social sobre la locura se manifiestan en diversos tipos de violencia que se ejercen en diversas esferas de la vida de las personas. En ese sentido, para las entrevistadas tener o haber tenido una experiencia de psiquiatrización implicó una serie de repercusiones sociales en distintos ámbitos de sus vidas.

En lo que respecta al ámbito laboral, varias entrevistadas señalan que han decidido no mencionar sus experiencias de psiquiatrización por temor a perder sus trabajos o a ser discriminadas, en tanto reconocen que en dicho espacio predominan los prejuicios de que las personas que han sido psiquiatrizadas no son lo suficientemente capaces o eficientes en sus puestos de trabajo

“Uno lo puede andar contando libremente, yo acá en esta pega estoy la raja y me dan ganas de contar soy bipolar pero no, yo sé que me van a mirar al tiro distinto porque de verdad creen que tienes menos capacidades, creen que no vas a venir a trabajar, si tiras una licencia creen porque ay que estai loco, no porque te resfriaste, no porque te duele el cuerpo ¿cachai?, creen que no sé, no te pueden decir ciertas palabras porque te vai a afectar, no sé, es cuático po” (Carmen)

“Poner etiqueta por poner etiqueta, poner diagnóstico por poner diagnóstico, es mandar a la gente a un gueto, no es otra cosa y de ahí no te saca nadie, porque en mi medio por ejemplo,

si yo abiertamente sin que fuera con nombre, pucha a mí no me llaman nunca más, a mí no me contratan nunca más y yo cagué, yo no tengo más pega y yo por súper eficiente, puedo hacer una pega muy buena o tener buenas redes, todo estas cosas que a la gente le gusta cachai, lo puedes hacer súper bien, pero basta con que alguien diga, mira es que ella tiene este diagnóstico y es que ya te vas al gueto y si no tienes una red, un soporte familiar, económico, ah pero la gente lo termina pasando súper mal y es lo que tenemos hoy, lo que tenemos hoy es eso y esa idea respecto de los diagnósticos que creo que es muy violenta” (Sandra).

Otras entrevistadas señalan que su historial de salud mental las ha perjudicado al momento de encontrar trabajo o incluso ha implicado la pérdida de sus fuentes laborales, lo que se ha traducido en importantes dificultades económicas.

“Creo que de mi pega anterior me echaron por eso, porque en mi pega anterior sabían que me habían hospitalizado por depresión y cuando volví, trabajé un mes y me echaron, no tenía permisos para ir a terapia ni nada por el estilo, y además porque cualquier diagnóstico de salud mental es súper mal visto” (Paula).

“En un trabajo, perdí el trabajo porque era la loca, porque había tirado licencias por depresión, entonces la loquita que se vaya, que ojalá que la echen luego porque está loca” (Carolina).

Si bien las consecuencias en el ámbito laboral fueron importantes y frecuentes en los relatos de las entrevistadas, todas concuerdan que el ámbito familiar y de amistades fue donde más repercutieron sus experiencias en salud mental. Varias entrevistadas señalan que el estigma de la locura pesa en el entorno cercano y se manifiesta en algunos casos de forma solapada en comentarios o bromas sobre su situación de salud mental.

“Mi hermana más chica tirándome una talla en un almuerzo familiar “yapo si la loca de la familia eres tú”, entonces claro, soy la loca de la familia” (Sandra).

“Me pasó mucho es que mi familia no entendía lo que me pasaba entonces también se hacían bromas respecto a mí como, a mí sentir en esos años (...) me decían la enferma de la casa en un momento” (Karina).

Para otras entrevistadas, los prejuicios asociados su experiencia de psiquiatrización también han implicado la pérdida de vínculos familiares y de amistades.

“Lo de lo etiqueta familiar pesa harto o sea tener el diagnóstico, casi no tengo contacto con la familia, primas, tíos y más lejanos, bueno yo sé que la etiqueta pesa demasiado y ser el loco de la familia, no importa que el otro sea lo que sea pero yo he estado ahí en los hospitales entonces no, lejos, lejos porque son problemáticos, los locos son problemáticos, lo más cercano es mis viejos, mi hermana, mis sobrinos, nada más, no hay más, y a los demás han venido con los grupos que te digo, que se saben las historias y todo lo que he estado haciendo por fuera, pero con la familia no, con la familia pesa, son demasiado convencionales” (Daniela).

Tal como señalan Nunes y Torrente (2009) y Alves y Leão (2019), el asilamiento social aparece como una consecuencia recurrente del proceso de estigmatización hacia las personas psiquiatrizadas. En ese sentido, varias de las entrevistadas señalaron la marginación y falta de redes de apoyo por parte su entorno cercano ante situaciones complejas relacionadas con su experiencia de psiquiatrización y malestar subjetivo.

“Yo creo que la gente en general, frente al depresivo y al loco, lo culpa y además no puede lidiar con eso y te aísla y pierdes a toda la familia, a los amigos, a las parejas, pierdes todo, generalizando, a veces tienes más suerte y alguien se queda, pero la mayoría de las veces uno lo pierde todo” (Carolina).

Las situaciones de discriminación también se constituyen como consecuencia del estigma, dichos sucesos también han sido frecuentes en las experiencias de las entrevistadas, particularmente en servicios o instituciones relacionadas con materias de salud mental.

“Mira cada vez que me voy a hacer la litemia, el examen del litio es un show, cada vez que voy a comprar los fármacos es un show, ¿ se siente mal? ¿ se quiere tomar un?, es la pregunta “¿ se siente bien?, así calladitos todos es que ella se hace este, ¿ lo hacemos?, pero todo así como, uno sabe si uno se da cuenta de cosas tan simples porque tienes una etiqueta, te colocaron la etiqueta y estai en la ficha” (Daniela).

“Una vez a la oficina de reclamos e informaciones, la OIRS ,a poner una denuncia como de maltrato verbal con un psiquiatra del COSAM y me hicieron, lo leyeron, era súper larga, quería detallar bien la situación y como me dijeron ahmm así tal cual golpeando la mesa, es que usted tiene...¿se tomó las pastillas?, me preguntaron si yo me había tomado las pastillas anteriormente o que se yo, no le dieron ninguna validez (...) lo descartaron, “porque qué raro, porque el doctor no sé que es súper amable y él trabaja aquí por vocación, no, es que la quiere ayudar a usted” (Valeria).

Goffman (2006) señala que la reducción de la persona a su característica estigmatizada -en este caso la locura- legitima diversos tipos de discriminación. Las experiencias de las entrevistadas con servicios y/o instituciones evidencian una serie de prácticas discriminatorias por el personal de dichos lugares, como expresiones de desprecio, infantilización, desconfianza, burlas e incluso cuestionamientos hacia sus opiniones o reclamos ante situaciones de vulneración con profesionales de la salud mental, además de la constante referencia al consumo de psicofármacos como requerimiento para la validación social.

Los procesos de estigmatización no remiten únicamente a la experiencia individual de la persona psiquiatrizada sino que también involucran aspectos estructurales, en tanto las construcciones sociales y los prejuicios que emergen sobre la locura generan y/o reproducen situaciones de discriminación, desigualdad y exclusión social, las cuáles se vivencian de forma particular e incluso exacerbada, en las mujeres que son o han sido psiquiatrizadas.

9.2.2. Repercusiones sociales y discurso crítico en torno a la experiencia de ser mujer psiquiatrizada

La violencia simbólica que experimentan las mujeres que utilizan los servicios de salud mental se encuentra atravesada por las representaciones sociales que emergen torno a la experiencia de ser mujer psiquiatrizada, las cuáles se encuentran reforzadas por la desigualdad y los estereotipos de género, traducándose en estigmas y repercusiones sociales particulares para dichas sujetas.

Varias de las entrevistadas señalaron el ámbito de la maternidad como uno de los ámbitos de sus vidas donde tuvieron y tienen actualmente, bastantes conflictos y repercusiones por el hecho de ser mujer y tener un diagnóstico psiquiátrico. Los cuestionamientos hacia su capacidad de ejercer la de maternidad han sido una constante desde su entorno familiar y ex parejas quienes en varios casos les han disputado judicialmente la custodia de sus hijos(as), utilizando como argumento su historial y diagnósticos de salud mental para invalidar sus decisiones y formas de ejercer la maternidad de acuerdo con las expectativas sociales de dicho rol. Lo anterior también se refleja en las experiencias de esterilización involuntaria que tuvieron dos de las entrevistadas.

“Mi ex marido me quiere invalidar como mamá por tener un diagnostico psiquiátrico, que no estoy capacitada para ser mamá, que no estoy capacitada para cuidar a mis hijos, y cualquier cosa mínima que me pase, no sé, colapso con los niños y les hablo un poco más fuerte es como “te estás descompensando, yo creo que tienes que volver al psicólogo, yo creo que tienes que volver a tomar los medicamentos” pero cómo, no puedo un día, no puedo un día colapsar, es mal visto, es muy mal visto que una mamá colapse, es muy mal visto, sobre todo si tenís un diagnostico porque “no, te tienes que hospitalizar de nuevo” (Paula).

“Mi ex que me estaba peleando la custodia de mi hijo, y que toda su argumentación para quitarme la custodia de mi hijo era mi salud mental [...] hicieron toda una cuestión, pusieron una denuncia de que yo me había desaparecido, entraron a mi casa, muy fuerte y le hicieron creer a mis hijos que yo estaba enferma” (Patricia).

Si bien en los relatos de las entrevistadas, las críticas respecto al hecho de ser madre y tener una o varias experiencias de psiquiatrización provienen principalmente del entorno cercano, estas también reconocen haber sido juzgadas desde otros ámbitos, como el educacional y médico, tanto por haber decidido tener hijos(as), como por no poder cumplir con los roles de género, tal como señala Palomar (2004), debido a que dichos roles que suponen que las mujeres carguen prácticamente con la totalidad de las labores relacionadas con el ejercicio de la maternidad, como si toda la subjetividad de quién cumple la función materna se redujera a ser madre.

“Si tienes hijos la estructura educacional también juzga a esa madre que no va siempre a la reunión, que no es la que tiene al hijo con las tareas, con el cuaderno adornado, o es la que siempre está llegando atrasada o el niño a lo mejor cuenta mi mamá está enferma, no es normal eso, entonces también ellos ponen preocupación desde eso, no importa que el papá tenga una faena y pase 2 meses fuera, a nadie le importa la paternidad, pero que una madre esté en cama, que una madre esté tomando medicación o que una madre sea más lenta, no está bien visto po, por nadie, no está bien visto por nadie” (Luisa).

“Yo había tenido mi segunda hija porque a mí me diagnosticaron antes de quedar embarazada de mi segunda hija, entonces era como el riesgo de que mis hijos también lo fueran, como que yo poco menos les había traspasado una maldición ¿cachai? la mancha de la locura, imagínate que fuerte, que los roles po, tu tienes que jugar tus roles igual, no podis de dejar de tener tus roles porque estas así y te cuestionan más aún, más aún, de por qué no eres buena mamá, que por qué no haces el aseo, que por qué no cocinai, que por qué por qué por qué, montones de por qué” (Carmen).

Palomar (2004) plantea que representaciones sociales sobre la maternidad se fundan en aspectos ideológicos, lo cual ha promovido la legitimación y naturalización de un sistema de género sexista e inequitativo, con efectos sociales profundamente negativos, pero también con innegables efectos nocivos en la subjetividad de las mujeres. De esta manera, ser mujer psiquiatrizada y a la vez madre constituye una mayor condena y castigo social, en tanto, la transgresión de los roles y expectativas sociales establecidas en torno al comportamiento y los deberes asociados a la maternidad, junto con los estigmas existentes sobre la locura, suelen situar inmediatamente a estas mujeres en el lugar de las “malas madres”.

Otra repercusión importante que se evidencia en los relatos de las entrevistadas refiere a los cuestionamientos desde el entorno social hacia sus decisiones y situaciones de vida por el hecho de ser mujer psiquiatrizada. En ese sentido, llevar a cabo libremente sus planes y proyectos de vida se ha mostrado como una dificultad en sus experiencias, debido a que frecuentemente su autonomía y sus decisiones, han estado supeditadas a las críticas y aprobación de su círculo cercano e incluso a la opinión de los profesionales de la salud mental a los cuáles asistían.

“Todos te cuestionan, decisión que tú vayas a tomar, lo que tú vayas a hacer, no sé, yo ahora me separé y ahora salgo a carretear fin de semana por medio y trastorno de personalidad [...] el hombre no po, si él tiene todo permitido, tiene todo permitido porque es hombre, yo no, porque soy mamá tengo que estar en la casa, hacer comida y planchar la ropa y ver a los niños [...] es que te juro que llega a ser enfermante, pero es que todo “¿lo hablaste con tu psicólogo?”, ah, creo que voy a viajar “¿lo hablaste con tu psicólogo?” no, por qué tendría que hablarlo con ella, “es que para ver qué opina ella” porque ella es la voz que, ella es mi voz en el fondo. Eso llega a ser la psicóloga, la psicóloga por lo menos de mi tratamiento era mi voz, de repente ella me decía “podrías decirle esto a tus papás” mejor diles tú, porque a ti te pescan, a mí no, yo les digo algo y vale nada, pero si tú los llamas y les dices, es distinto, si tú los llamas y los citas acá es distinto, porque la psicóloga, ella es la que sabe, ella es la que me conoce, yo no tengo idea de quién soy entonces no puedo tomar decisiones por mí misma” (Paula).

La pérdida de credibilidad respecto a vivencias de abuso y vulneración también ha sido una situación compartida por varias entrevistadas, quienes señalan que su historial y diagnósticos de salud mental les han repercutido socialmente a tal punto, que a sus testimonios y/o denuncias sobre situaciones de violencia se les ha restado importancia o incluso han sido invalidados, tanto por su entorno como desde las instituciones a las que recurrieron para denunciar.

“Yo siento que en la vida he sido vulnerada, violentada, ponte tú, tuve una agresión fuerte el año 2010, una agresión fuerte y traté de denunciarla, he tratado de ir a televisión, traté de ir a hacerlo en un diario, de hacerlo público, hice un reclamo en PDI, traté de gritarle al mundo que me habían hecho algo, yo estaba como te comenté hace un rato que me hicieron doblar la dosis de un fármaco esa doctora y estaba en una relación hacia pocas semanas con una persona y yo despierto un día llena de moretones, llena de moretones, de hematomas, no me los pude haber hecho sola y yo traté de denunciar ese caso y lo grité como te digo y no, no me escucharon, porque no me van a escuchar porque yo tengo un diagnóstico po y porque yo en esa ciudad soy una loca” (Daniela).

Las repercusiones sociales y el estigma asociado a la locura para estas mujeres no sólo han significado la pérdida de credibilidad y validez respecto a sus decisiones y experiencias de vida, sino que también han implicado el cuestionamiento o minimización de relatos y denuncias de situaciones violentas y/o abusivas, lo cual constituye una forma de perpetuar la violencia de género.

En relación con lo anterior, ser loco no tiene las mismas implicancias sociales que ser loca, en tanto el carácter estructural de la violencia de género, reafirma imaginarios de esa desigualdad, donde lo femenino se convierte en foco de menosprecio. De esta manera, la locura en las mujeres suele asociarse automáticamente con representaciones sociales negativas.

“Se romantiza la locura en el hombre y en la mujer la loca es lo peor, la loca es la que hay que encerrar, la que mata a los hijos, la que asesina, un monstruo. La loca nunca es parecida a un loco, la loca es lo peor, la loca no es Charly García, Charly García es un loco genio, todos los genios hombres, que son locos, son genios, pero las mujeres “loca culiá, loca culiá estás hablando puras hueás, cállate”, es lo primero que te dice un marido cuando le dices que te está engañando, que te vas a ir o cualquier cosa, que eres una loca y que la loca es totalmente, la figura de la loca como arquetípico es otra cosa, no tiene nada que ver con el loco” (Carolina).

Ser loca tiene una connotación social negativa a diferencia de ser loco, tanto en la construcción de estereotipos de género diferenciados como en la configuración del lenguaje y habla coloquial ya que “cuando un hombre le dice loco a otro, es casi un alago, un compadre, una cosa linda, un genio” (Carolina), en cambio el término loca o histérica, suelen utilizarse de manera peyorativa y con un sentido machista, es decir, como burla o insulto, para cuestionar o desacreditar acciones, comportamientos o saberes de las mujeres.

“Las mujeres somos locas, somos inquietas, somos no sé que, somos no sé cuánto, andai con tu período, andai con tus días, oye y los hombres son violentos 24/7 y si un tipo les toca o les tira el auto encima, nadie va a internar a un tipo porque se bajó del auto a pegarle un combo al otro, para mí eso sí que es súper violento” (Sandra).

Como señala Roncero (2013), cuando una mujer demuestra rabia, indignación o agresividad, no se considera que pueda ser un acto consciente de rebeldía o que responde a un contexto opresivo, sino que se da por hecho que depende de una determinación biológica que la mueve a comportarse de forma alterada. De esta manera, cualquier forma de comportamiento en las mujeres, que se desvíe de sus roles de género, suele entenderse como patológico a diferencia de los hombres, para los cuales las conductas o acciones violentas, se encuentran socialmente normalizadas, entendiéndolas como parte de la construcción de la masculinidad.

“Yo pienso en mi madre y mi padre, un poco la misma situación, se suponía que era mi madre la que estaba enferma, claro, ella estaba medicada y ella sufrió todas las consecuencias de esto, ella también estaba invalidada como persona, su vida fue terrible, fue un conejillo de india de los medicamentos, lo pasó pésimo, pero mi padre era súper irritable, era súper violento y él no estaba loco, él no estaba enfermo [...] yo creo que fui diagnosticada solo por el hecho de ser mujer, el diagnostico tiene que ver con eso, porque a un hombre, que hubiera hecho las mismas cosas que yo hacía, no po porque está aceptada la agresividad, socialmente está aceptada la agresividad en un hombre, yo creo que ese es un punto muy fundamental, las mujeres nos pasamos la vida reprimiendo nuestra agresividad, no tenemos espacio para eso, no tenemos un espacio legitimado, entonces cualquier expresión de agresividad es enferma y luego, reprimir la agresividad te enferma realmente” (Patricia).

En la medida que las expectativas del comportamiento masculino y femenino son específicas de cada género, es probable que los juicios sobre si determinadas formas de sentir y comportarse son consideradas patológicas varíen según esta categoría. En ese sentido, si se espera que las mujeres actúen de manera “femenina”, lo cual se concibe socialmente como más dependientes, menos agresivas y expresivas que los hombres, entonces, tal como señala Chesler (1972) la transgresión de dichas expectativas será catalogada social y médicamente como patológica.

Las entrevistadas reflexionan críticamente respecto a sus experiencias de psiquiatrización entendiendo que estas también responden a situaciones contextuales y sociales relacionadas con la experiencia de ser mujer en la sociedad, frente a lo cual atravesar por episodios subjetivos dolorosos y complejos aparece como un hecho prácticamente inevitable.

“Muchas de las mujeres que estamos o hemos ido a tratamientos psiquiátricos o psicológicos hemos experimentado alguna tortura sexual, algún abuso sexual, que es súper normal en las mujeres [...] entonces siento que la mujer, obviamente va a estar mucho más deprimida, va a tener muchos más diagnósticos, aunque no creo en eso, pero porque vivimos en una sociedad súper patriarcal, o sea yo creo que todas las mujeres nos hemos sentido mal y obviamente todas vamos a pasar por un proceso difícil porque en verdad ser mujer en Chile y en el mundo es demasiado pero demasiado difícil” (Karina).

“Hombres y mujeres vivimos este malestar de manera diferente, o sea, estamos en la misma cultura, pero recibimos castigos y opresiones distintas, entonces obviamente las mujeres estamos sometidas a otras exigencias y a otro nivel de violencias y la sintomatizamos y los hombres también tienen violencias y las sintomatizan de otras formas y también ellos ejercen violencias [...] las mujeres son las que más tienen diagnósticos y las mujeres son las que más toman antidepresivos y están más psiquiatrizadas que los hombres” (Carolina).

Los relatos de las expertas por experiencia, muestran que estas no se limitan al discurso biomédico para construir sus concepciones sobre la salud y el padecimiento, sino que sitúan sus vivencias en torno a la salud mental junto con las de otras mujeres, otorgándoles sentido y reivindicando la existencia de posibilidades de acción, elección y de gestionar estrategias relacionadas al ámbito de la subjetividad que van más allá de las representaciones y abordajes reduccionistas y dogmáticos en torno al sentir y al comportamiento que establecen las disciplinas “psi”.

Tal como plantea Ordorika (2009), se vuelve necesario problematizar las condiciones específicas de existencia de las mujeres, que tienen una raíz estructural: la explotación, asimetrías de poder, desigualdad e invisibilización que experimentan en el sistema patriarcal y que repercuten en su salud mental. En ese sentido la desigualdad de género que vivencian las mujeres en la sociedad se traduce en una doble desventaja, por un lado, hace más probable que sus emociones y comportamientos sean patologizados y por otro lado, la adaptación y limitación de la subjetividad a las pautas sociales de comportamiento esperadas para las mujeres termina afectando también su salud mental.

A partir de las experiencias de las entrevistadas, es posible señalar que, las mujeres no son atendidas en dispositivos de salud mental precisamente porque poseen “enfermedades mentales”, sino que, por el contrario, estas atraviesan por dificultades en el plano de la subjetividad porque se encuentran expuestas constantemente a situaciones sociales opresivas, violentas e injustas, que afectan su salud mental, que se originan en el seno de sus familias, comunidades y sociedades y culminan en una consulta, diagnóstico y tratamiento farmacológico en instituciones psiquiátricas.

9.2.3. Síntesis.

La vulneración de derechos existente hacia las mujeres que tienen o han tenido experiencias de psiquiatrización tiene una dimensión simbólica que refiere a las representaciones e imaginarios sociales que surgen respecto a la locura y que se traducen en procesos de estigmatización con diversas repercusiones sociales para dichas mujeres.

Las experiencias de las entrevistadas, muestran que los estigmas que se configuran en torno a las mujeres psiquiatrizadas actúan como una marca permanente, lo que conlleva una serie de repercusiones sociales, como la pérdida de reconocimiento de su identidad y palabra, así como la ruptura de vínculos familiares y de amistades, enfrentarse a prejuicios y estereotipos de incapacidad, infantilismo, violencia, que dan lugar a situaciones de discriminación e invalidación, limitando sus posibilidades para el desarrollo profesional y/o laboral e invisibilizando sus exigencias o reclamos en el marco de sus derechos y necesidades.

Asimismo, se vuelve necesario enfatizar en la violencia simbólica que experimentan las mujeres que utilizan los servicios de salud mental, en tanto esta se encuentra atravesada por la desigualdad de género, lo cual conlleva estigmas y consecuencias sociales particulares para dichas sujetas. De esta manera, ser mujer, loca y a la vez madre se vivencia de manera compleja para las entrevistadas, en tanto los cuestionamientos e intentos de anulación desde el entorno social respecto a sus decisiones y formas de ejercer la maternidad son una constante en sus experiencias, debido a que las expectativas sociales en torno a la maternidad se conjugan con

los estigmas asociados la locura, implicando una mayor condena social ante el quebrantamiento de los roles y pautas de comportamiento atribuidos a la maternidad.

En la misma línea, se evidencian cuestionamientos desde el entorno social e instituciones hacia las decisiones de vida de estas mujeres y también hacia sus vivencias de abuso y/o violencia, lo cual representa una forma de violencia de género. En ese sentido, las representaciones que se configuran en torno a la locura en las mujeres se sustentan en estereotipos de género y se conceptualizan en términos machistas y peyorativos. Por último, es de suma importancia problematizar los aspectos estructurales que repercuten en el plano de la subjetividad en las mujeres, en tanto estas se ven enfrentadas habitualmente a situaciones de injusticia y opresión, que sin duda afectan su salud mental y a la vez las vuelven más proclives a ser patologizadas al desviar sus comportamientos y acciones de lo que se espera socialmente para su rol de género asignado.

9.3. Prácticas de resistencia en torno a la violencia de género en salud mental

9.3.1. Experiencias en torno a la discontinuación del tratamiento farmacológico

Como se abordó en apartados anteriores, las distintas situaciones negativas junto con los diversos efectos adversos asociados al consumo de psicofármacos son un panorama compartido entre las entrevistadas. Frente a ello, varias de estas mujeres tomaron la decisión de discontinuar o disminuir el tratamiento farmacológico prescrito e iniciar un proceso de desmedicalización, lo cual para muchas significó comprender que era posible vivir sin psicofármacos y apoyarse en estrategias no biomédicas, lo cual nunca se presentó como una alternativa válida, informada y posible desde los profesionales de la salud mental a los que acudieron.

La decisión y el proceso de abandonar el tratamiento farmacológico en las siete entrevistadas que lo llevaron a cabo, se inicia principalmente desde un proceso personal reflexivo, a partir del cual concluyeron, que los psicofármacos que les habían sido prescritos no estaban aliviando y/o solucionando sus experiencias de malestar subjetivo y las situaciones personales asociadas

a ello. Al contrario, se estaban sintiendo física y psicológicamente peor que previo a su consumo y experimentando serias repercusiones en sus vidas. De esta manera, estas mujeres consideraron que los psicofármacos no constituían una herramienta de contención y afrontamiento apropiada para sus necesidades.

“Yo misma dejé mis fármacos, porque sentía que me hacían muy mal, sabía que no tenía que dejarlos de un momento a otro, pero los dejé igual porque sentía que tampoco podía vivir así y entonces me auto mediqué en el sentido de que me auto di de alta y fue bien difícil poder aprender a vivir sin los fármacos, fueron meses de vivir en un infierno muy raro” (Carolina).

“Yo decidí que no iba a consumir psicofármacos para funcionar, que si no funcionaba sin psicofármacos, entonces no funcionaba, porque es una cuestión así como de ciencia ficción esto de tener que estar consumiendo medicamentos para funcionar” (Patricia).

“Lo bonito sería que yo dijera es que yo soy madre y entonces me movilizaron mis hijas por eso yo me recuperé y me desmedicalicé, no, no es así de romántico, mi motor fue poder leer y entender, para mí era demasiado doloroso y lloré mucho, tomando libros así como en esa estantería que tenemos al frente y tomando libros y tratar y no entender y no concordar y era llorar y llorar, con un dolor súper profundo” (Sandra).

También varias entrevistadas reflexionaron respecto a sus vivencias y empezaron a comprender sus manifestaciones emocionales y psicológicas como una respuesta a ciertas situaciones contextuales y sociales de su vida. Frente a determinadas decisiones y cambios que realizaron en dicho aspecto, estas mujeres decidieron que ya no era necesario continuar consumiendo psicofármacos.

“Quién era mi esposo se había ido de la casa, claro no al otro día, sino como al año yo me empecé a dar cuenta que ya yo no sentía las manifestaciones que sentía como cuando estaba con él, me bajaron los toc, no sentía que permanentemente tenía el olor de él en el cuerpo, entonces no me tenía que bañar 12 veces en el día, me bañaba menos, entonces yo decía, entonces sí yo puedo hacer esa relación de que esto, el toc acusaba a los olores, que supuestamente yo tenía, que eran de él y él no está, entonces si las pastillas también era cuando él estaba y ahora no está también debiera bajarlas” (Luisa).

Respecto a las implicancias del proceso de desmedicalización, si bien cada caso es diferente, con sus respectivas particularidades, tiempos y dificultades, existen elementos comunes en las experiencias de las entrevistadas. En ese sentido, todas reconocen que el proceso de retirar los psicofármacos se llevó a cabo de manera informada, tanto de manera autodidacta, es decir investigando por cuenta propia al respecto en sitios de internet o a través de blogs o redes sociales de personas que habían realizado dicho proceso, como también en algunos casos instruyéndose de forma directa con personas que descontinuaron su tratamiento farmacológico anteriormente o incluso para el caso de una entrevistada, recibiendo orientación médica para desmedicalizarse. Sobre el tiempo que abarcó el proceso, todas reconocen que fue un proceso complejo, que se realizó de manera gradual, disminuyendo paulatinamente las dosis y enfrentando diversos efectos adversos y en varios casos experimentando síndrome de abstinencia, sobre todo en las entrevistadas que llevaban más años consumiendo psicofármacos.

“Decidí dejarlo con mucho conocimiento, yo ahí me puse a estudiar seriamente la antipsiquiatría, en ese momento, pero igual es muy difícil porque es un bombardeo químico en tu cerebro y tu no podés dejar de sentir o euforia o no sé me acuerdo que estuve como dos meses en que dormía dos horas al día con suerte o a veces no dormía, imagínate lo que es estar en vigilia todo el tiempo, es como un infierno, te empiezas a volver loco solo porque no estás durmiendo, pero es que llevaba años tomando pastillas para dormir y ya sin la pastilla no podía dormir [...] y era me tomo esta mierda que hace muchos efectos secundarios o aprendo a dormir sin la pastilla entonces tuve que empezar a cambiar toda mi vida entera”
(Carolina).

Como se señaló anteriormente, además de investigar apropiadamente respecto al proceso de desmedicalización fue fundamental para algunas entrevistadas conocer personas que hubieran realizado dicho proceso previamente para recibir apoyo y enfrentar el complejo proceso que implica retirar los psicofármacos, con información y consejos de alguien que hubiese atravesado por la misma situación, además de la importancia de recibir apoyo de su entorno y círculo cercano.

“Conocí a estos chiquillos de Librementemente y la experiencia de un integrante, él ya llevaba dos años cuando yo lo conocí, entonces también le hice como una entrevista, bueno que te pasa y que hacis cuando te pasa esto y nos whatsapeabamos al principio cuando me venían mis crisis y yo le decía que hago ahora, que puedo hacer para esto, me siento aquí, me siento allá, siempre es ayudado, sería mentira, sería no sé como mucho ego decirte que lo hice yo sola, yo sola dejé de metérmelos a la boca, pero el proceso fue en común, con ayuda de mis hijas, de mis amigas que lo saben, de mi círculo chiquitito y fue un experimentar porque de verdad yo ya me sentía que no era yo, o sea vivía, me levantaba, iba a trabajar, volvía, hacía las cosas y era, pero no tenía una vida de verdad” (Carmen).

Anteriormente se señaló el escaso o nulo apoyo que reciben las personas por parte de los profesionales cuando estas les comunican sus intenciones de disminuir o abandonar el consumo de psicofármacos, quienes inmediatamente intentan convencerlas de desistir, señalándoles que pueden sufrir una “descompensación” de salud mental si descontinúan los medicamentos o directamente utilizan prácticas coercitivas para que las personas se mantengan en tratamiento. Sin embargo, la entrevistada Sandra reconoce haber tenido una experiencia diferente, en tanto menciona haber recibido apoyo y orientación para discontinuar algunos psicofármacos por parte de un psiquiatra quien detectó una negligencia en la combinación de tipos y dosis de psicofármacos que le habían prescrito psiquiatras anteriores y por el riesgo que aquello significaba para su salud iniciaron un proceso de desmedicalización. Si bien ella había tomado previamente la decisión de dejar los psicofármacos y contaba con cierta información al respecto, dicha situación detectada por el psiquiatra marcó el inicio de su proceso de desmedicalización, que posteriormente ella culminó por cuenta propia.

“Él me dice ¿pero por qué te dieron esto?, entonces dice “no, es que esto hay que eliminarlo ahora porque esto te va a matar” y de hecho la sacada fue en 7 días, o sea olvidate los efectos secundarios, fue horrible, si yo era una drogadicta con síndrome de abstinencia [...] si él no ve la gravedad de esa situación, si no llego a ese psiquiatra en particular, yo estaría interna, o no sé babeando cachai, y me lo quita en una semana yo descubrí que se podía, que ya había vivido lo peor digamos, yo le explique ya, si dejara los otros, el efecto, o sea la abstinencia va a ser tan seria como esa, no cachai, es riesgoso, para él eran muchos más meses de los que yo me tome, o sea yo me fui al chanco en lo rápido, pero aquí estoy súper bien”. (Sandra).

A pesar de los diversos efectos físicos, psicológicos y emocionales que experimentaron las entrevistadas durante sus procesos de discontinuación de fármacos y el tiempo que les tomó aprender a vivir sin ellos y retomar sus vidas, todas reconocen efectos positivos en sus vidas luego de haber atravesado dicho proceso, como la recuperación de habilidades y capacidades que se vieron disminuidas o directamente anuladas por los medicamentos, volver a percibir sensaciones o emociones con intensidad o también, retomar vínculos y actividades que se vieron interrumpidas por los efectos del tratamiento farmacológico.

“Es como una película, como que fueran dos mundos paralelos, de verdad es increíble, todo me cambió, yo te muestro fotos más de hace 10 años te juro que me veía más vieja, no se me enrulaba ni el pelo, no tenía rulos, llegué a tenerlo, así como, yo decía parecía crin de caballo, feo, se me desmancho la cara” (Carmen).

“Fue una retirada exitosa y luego empecé a retirar los otros, empecé a recuperar mi capacidad cognitiva, de manera muy lenta, progresiva, pinté pinté pinté pinté hasta que más no pude, desde el principio tenía claro que la actividad funcional era relevante y empecé a leer cositas, así como párrafos de este tamaño, después un poco más y un poco más y un poco más y hoy estoy súper activa, hoy soy persona otra vez” (Sandra).

A diferencia de las experiencias anteriores, existen tres entrevistadas que continúan utilizando los servicios de salud mental y consumiendo psicofármacos, a pesar de sus percepciones y experiencias negativas sobre dichos ámbitos, lo cual se debe principalmente a las dificultades que han tenido para discontinuar los medicamentos, como también a las presiones desde el ámbito familiar o entorno cercano para que continúen con el tratamiento.

“Por mi hija que me pide que está más tranquila, vive en el extranjero y está más tranquila de que esté bajo medicación, creo que lo sigo haciendo, he intentado dos veces dejar los fármacos y espero que la tercera sea la vencida y por eso conocer gente y escuchar las experiencias de que ha resultado, para mí me alentó eso, pero por qué sigo, sabiendo que no voy a tener ningún resultado más que quizás dormir más temprano, es por eso, porque dejo más tranquila a mi

hija que como te dije está afuera, quizás porque de cierta forma también dejó a mi entorno más tranquilo, a mi entorno familiar” (Daniela).

También otras entrevistadas como Valeria, continúan utilizando el sistema de salud mental y algunos psicofármacos debido a la situación judicial por la que atraviesa por el hecho de ser madre y tener historial y diagnósticos de salud mental.

“Son todos impuestos (risa), o sea si yo no fuera madre, no estuviera cuestionada, eh probablemente no me sometería a todo esto, no me sometería a que cada tres meses yo tenga que ser consultada con exámenes de sangre, con ese tipo de vigilancia yo no me sometería, no haría ninguna de estas cosas”.

De esta manera, así como algunas entrevistadas dejaron de utilizar los dispositivos de salud mental y abandonaron el tratamiento farmacológico, otras continúan siendo usuarias de dicho sistema, debido a presiones y situaciones externas que han condicionado su voluntad e intenciones de dejar utilizar psicofármacos y los servicios de salud mental, pero de igual manera han atravesado por un proceso reflexivo y han desarrollado un discurso crítico y prácticas de resistencia respecto a sus experiencias de psiquiatrización.

Las representaciones negativas respecto a la psiquiatría y los psicofármacos son una experiencia compartida entre las entrevistadas. Sin embargo, hay quienes consideran el abordaje médico como una medida que puede ser válida en instancias puntuales, es decir, cuando las alternativas y/o estrategias tanto personales como colectivas, no permitan afrontar un episodio emocional o psicológico complejo.

“El sufrimiento psíquico es como el síntoma, es real, es real, es de muy difícil abordaje, es complejo, pero volvamos a la expresión, si se expresa por ambiente, hay toda una pega ambiental contextual histórica económica política ¿cachai?, donde se debe abordar primero, si ese abordaje, no es efectivo, lo discutíamos con una profe, quizás hay cierta contención química o hay ciertos momentos en los que efectivamente se puede acceder a contención química, como un recurso desde la urgencia, cuando ningún otro mecanismo funcionó y debería existir una especie de protocolo, como que diga bla bla bla y el último paso, contención

química ¿cachai?, te mamai todas las otras contenciones [...] efectivamente entiendo que también hay situaciones en las cuales pueden llegar a ser necesario ,pero no se hace así, se hace al revés” (Sandra).

Como expertas por experiencia, algunas entrevistadas reconocen que para algunas personas los psicofármacos pueden haber sido una ayuda para lidiar con situaciones personales o emocionales complejas. Sin embargo, enfatizan que dichos tratamientos debieran ser utilizados en casos excepcionales o durante un período breve de tiempo, debido a la dependencia que generan estos medicamentos cuando son utilizados a largo plazo.

“Te acostumbran a algo, te hacen dependiente a algo, se te crea esa dependencia y te cambia tus conductas, yo no le veo, yo creo que en algunos podría ser necesario ya cuando no estai durmiendo bien, podría ser ya como inductores de sueño, cosas así, ya por ahí podría ir, pero estos tratamientos tan largos y que te lo digan más encima, que te tachen de por vida [...] no lo veo como tratamiento eso, lo veo más que nada que una sustancia que te crean dependencia y que a los médicos les gusta que se te cree la dependencia y que la familia se sienta más tranquila, como te digo como mi hija se siente más tranquila y que cree que por eso yo funciono y yo sé que no funciono por eso, yo voy a funcionar igual” (Daniela).

Las dificultades prácticas asociadas al uso de psicofármacos en casos puntuales y de encontrar asesoría médica en salud mental que implique una prescripción farmacológica informada y a corto plazo, terminan por reafirmar el discurso crítico de las entrevistadas en torno a estos medicamentos y la reivindicación de alternativas no biomédicas para el cuidado y abordaje de la salud mental.

“Mientras no esté comprobado que el efecto que puede ser real, no tiene un daño colateral que va a superar el mal principal o primario por el cuál comenzaste tomándolos, no creo en ellos, [...] solamente en ciertos momentos de contención, cuando hay algo que se escapó mucho de las manos porque no hicimos nada antes, porque la sociedad no se hizo cargo antes también, de ahí nos involucra a todos, estamos todos involucrados en eso, creo que a lo mejor si hay que hacer algo con farmacología, pero en un tiempo pequeño, máximo 15 días, pero alguien que está en tratamiento psiquiátrico jamás ha hecho un tratamiento por 15 días, jamás,

entonces no hay forma de poder controlar eso, entonces yo preferiría mil veces desde mi perspectiva y desde lo experiencial, abolir los fármacos” (Luisa).

En lo que respecta a la decisión de realizar el proceso de discontinuación de psicofármacos, todas las entrevistadas que lo llevaron a cabo, concluyen que sus vidas mejoraron luego de dicho proceso, señalan sentirse mejor a que cuando los consumían y que aquella determinación trajo consigo un proceso de autoconocimiento y reconocimiento de las propias diferencias subjetivas, junto con la adopción de nuevas estrategias para afrontar situaciones de malestar emocional y psicológico.

9.3.2. Adopción de estrategias personales para el cuidado y afrontamiento de dificultades en el ámbito de la salud mental

En el marco de las prácticas de resistencia que se identifican en las experiencias de las entrevistadas, se encuentran la adopción de estrategias para el cuidado personal y afrontamiento de dificultades en el plano de la salud mental, las cuales se alejan del abordaje biomédico que predomina en el discurso médico-psiquiátrico y se sustentan principalmente en cambios en el estilo de vida asociados al manejo de las diferencias subjetivas y adopción de estrategias de autocuidado.

Las entrevistadas que descontinuaron los psicofármacos como también las que continúan utilizando los dispositivos de salud mental, reconocen haber atravesado por un proceso de autoconocimiento, es decir conocer y aprender sobre sus diferencias subjetivas y en base a ello, desarrollar o adoptar distintas estrategias de autocuidado para evitar y/o afrontar situaciones emocionales complejas.

“Voy a cumplir 3 años sin medicación por voluntad propia, tomo solo en casos s.o.s, no sé cuando me siento muy estresada me tomo un cuarto de clonazepam, porque yo ya tengo autocuidado, ya me dediqué a eso a auto conocerme, entonces yo sé cuando comienzan mis procesos o para abajo o para arriba, uno ya los maneja, uno sabe, ya se conoce y conociéndote ya sabes en qué momento prevenir, si salir menos de casa, juntarte con ciertas personas, bajar

los decibeles, dormir más, no sé un montón de cosas que uno se puede, puede hacer para sí mismo” (Carmen).

“Obviamente hay días que me siento mal y no puedo decir no sabís que no me siento mal, no sí es una realidad, me siento mal, pero es por agotamiento como por estrés de la universidad, pero ya sé manejar, yo por ejemplo antes me pasaba que no sabía cómo me sentía, pero ahora digo sí ya me siento mal y cuando me siento mal sabís que me voy ir a dar una vuelta, voy a pasear a mi perro y me voy a comprar un café y voy a escribir lo que veo cachai , cosa que antes nunca hacía, me quedaba en la cama llorando hasta las cinco de la mañana, entonces ahora yo ya sé que cuando tengo esos problemas, sé cómo manejarlos, cachai y también lo que a mí me sirve mucho es escribir como que igual cuando yo estaba muy deprimida, empecé a escribir escribir escribir” (Karina).

Los cambios en el estilo y hábitos de vida también han sido una estrategia recurrente entre las entrevistadas, quienes señalan que dicho proceso fue sumamente relevante para comprender los factores cotidianos y contextuales que afectaban su salud mental.

“Se qué cosas, basta que yo las coma, o si me fumo un cigarro me puede dar una crisis de pánico, si yo me tomo una redbull me puede dar una crisis de pánico, entonces yo no puedo tomar esas cosas, yo sé que no tengo que tomar esas cosas, entonces yo no lo hago para cuidarme, ¿cachai? [...] hacer deporte, tuve que empezar a hacer deporte que es algo que no me gusta hacer, nunca me gustó, y tuve que empezar a hacerlo sistemáticamente para abandonar las crisis, para enfrentar las crisis del día a día, porque ya no tenía el clonazepam, entonces imagínate que a mis todos los días a las seis de la tarde me da una crisis de pánico, y me dan las crisis de angustia y empecé a entender qué es una crisis, qué es la angustia, qué es esa angustia que tengo” (Carolina).

A partir de los procesos reflexivos y de autoconocimiento en torno a la propia experiencia y subjetividad, las entrevistadas han incorporado diversas estrategias y modificado diferentes aspectos de sus vidas en base a sus respectivas necesidades y bienestar subjetivo.

“Tengo una huerta, eso me fascina, veo a mi hijo cuando quiero verlo, definitivamente, respeto su emocionalidad y cuando él me quiere ver y todo pero lo hago en una forma en que es

amorosa para él y para mí, desde ahí tengo una maternidad súper subversiva en relación a lo que se espera de las mujeres madres, tengo mis plantas, tengo perros, no me vuelvo loca si no he salido en una semana porque a veces no quiero nomás, entonces igual he aprendido a respetar mucho como a mi propia emocionalidad para poder funcionar, porque cuando no lo hacía estaba completamente culpándome, no funciono, no funciono, no he salido en tres días de mi casa, no funciono y me deprimía mucho, cuando ya dejé eso, me dedique realmente a cuidarme, a sanarme, que sé yo, a vivir según mi tiempo y mi ritmo, tremendamente sanador po” (Valeria).

Reafirmar la confianza y seguridad personal también se ha constituido como una estrategia importante para varias entrevistadas. En ese sentido, empoderarse de sus decisiones y elecciones en torno a su salud mental, renunciando a las presiones y expectativas sociales del entorno, ha significado para estas mujeres, reivindicación y recuperación de la propia autonomía que antes les fue restringida en los dispositivos de salud mental y en sus contextos sociales.

“La estrategia en realidad yo creo que es volver a uno, había una serie muy bonita que se llamaba “volver a mí”, necesitar confiar en uno mismo, dejar de pensar que tiene que cumplir expectativas, dejar de pensar que otros saben más que uno, no puede haber nadie que sepa más de ti que ti, que tú, entonces construir una seguridad personal, en ese sentido ha sido una estrategia súper importante y también mantener la calma” (Patricia).

A diferencia del abordaje normativo y único que ofrecen los dispositivos de salud mental para el malestar y los problemas en el ámbito de subjetividad, que es la explicación biológica y la prescripción farmacológica, las entrevistadas, en búsqueda de alejarse de dicho paradigma desarrollan y adoptan sus propias estrategias y cambios en diferentes aspectos y ámbitos de sus vidas para el cuidado de su propia salud mental, lo cual surge de un proceso reflexivo personal y de reconocimiento de las necesidades específicas para el bienestar subjetivo. En ese sentido, se vuelve necesario señalar, que no existe una estrategia o una recomendación única sino un universo indeterminado de posibilidades que es coherente con la existencia de múltiples diferencias subjetivas entre las sujetas, pero dicha premisa se resume en que existen alternativas más allá de los psicofármacos y el paradigma biomédico de salud mental.

9.3.3. Estrategias colectivas como alternativa para la salud mental: Apoyo mutuo y experiencias compartidas

Un elemento que se posiciona como una alternativa central para la salud mental en el discurso de las entrevistadas refiere a las estrategias a nivel colectivo, es decir, la participación en organizaciones e instancias de apoyo mutuo y activismo en temáticas de derechos y/o género en materia de salud mental, junto con compartir experiencias con otras personas que hayan sido usuarias de psicofármacos y dispositivos de salud mental.

Las entrevistadas que han participado en colectivos de apoyo mutuo y/o de activismo en materias de salud mental como “No es lo mismo ser loca que loco” y “Autogestión Libremente” reconocen la importancia de compartir experiencias y ayudarse entre personas que han vivido experiencias similares en el ámbito de la psiquiatría. En ese sentido, participar en dichas instancias e interactuar con otras y otros se constituye como una práctica de resistencia. Permitiendo trascender el aislamiento o marginación social, que es una situación habitual en las personas que han sido psiquiatrizadas y recuperar y fortalecer el lazo social como mecanismo de bienestar. Distanciándose de la lógica que predomina en los dispositivos de psiquiatría, que tienden a individualizar y aislar el malestar subjetivo de los sujetos.

“Yo también creo mucho lo que hace “libremente” o “no es lo mismo ser loca que loco” que es pensar que el grupo es tu contención y tu terapia como algo más colectivo que es como bien opuesto al sistema que ocupan, porque cuando estás loco lo primero que hacen es encerrarte y dejarte aislado y solo, entre más loco más solo y más aislado, te llevan a meterte a una pieza solo, lo opuesto a lo que dicen las teorías antipsiquiátricas que es como “tienes que volver a fortalecer el lazo social, tienes que estar con tus pares, el otro es tu terapia” pero lo primero que hace el psiquiatra es mandarte a encerrar, es como al revés” (Carolina).

Se destaca también desde las entrevistadas el carácter horizontal de estas organizaciones y espacios, diferenciándose radicalmente de las instancias de consulta y atención de los servicios de salud mental donde prima una lógica autoritaria y vertical. De esta manera, la ausencia de la mediación profesional les otorga a las personas mayor confianza y seguridad para plantear sus opiniones y vivencias sobre su paso por las instituciones y servicios de salud mental.

“Organizaciones de gente que está viviendo lo mismo que tú, entonces es más fácil, no hay que estar dando como tanta explicación siento yo cuando sabís que la otra persona sabe por lo que estás pasando y yo lo veo como grupos de apoyo mutuo, sin la mediación de un psicólogo o un psiquiatra po” (Camila).

La colectivización de las distintas vivencias en los dispositivos de salud mental les ha permitido a las entrevistadas situar sus experiencias junto con las de otras mujeres, donde si bien cada una posee sus particularidades, todas se enmarcan en un escenario común de experiencias de vulneración de derechos y violencia de género en el ámbito de la salud mental. En ese sentido, compartir e intercambiar experiencias y conocimientos con personas que han atravesado situaciones similares ha significado algo positivo y transformador para varias entrevistadas, en tanto, la organización con otras locas y la reflexión colectiva han sido aspectos claves para la resignificación de la propia experiencia de psiquiatrización y también para el desarrollo de un pensamiento y discurso crítico sobre el ámbito de la salud mental.

De esta manera las organizaciones y grupos de apoyo de mujeres que han vivido la experiencia de la psiquiatrización reivindican el apoyo y cuidado colectivo como una forma de resistencia a la psiquiatría y sus prácticas de farmacologización y encierro en instituciones manicomiales.

“Apostamos al apoyo mutuo, como una herramienta política de resistencia a la psiquiatrización, esto que suena así tan elaborado, difícil que sé yo o tan panfletario, se traduce en que nosotras hemos tenido jornadas extensas donde hemos estado acompañando a una compañera que está en su delirio y nosotras evitándole una internación forzada, ponemos de repente la casa a disposición para acompañar a una compañera que esté en su delirio, ahí dejarla, hablar, como que coma, que sé yo, acompañarnos nosotras a acompañarnos también en el cuidado que fue un aprendizaje reciente, acompañarnos en el cuidado como acompañar a la que está acompañando, hablar con las familias de repente, para que le eviten una internación [...] hemos tenido experiencias de encuentro con otras mujeres locas que han estado postradas casi en su casa así en su cama y que luego de estar en un grupo de apoyo mutuo, de activar por ellas mismas entre pares y que sé yo, han estado tremendamente activas, han creado radios, han sacado revistas, hay una revitalización súper fuerte” (Valeria).

Las entrevistadas señalan que la participación en espacios u organizaciones que apuestan por el apoyo mutuo y la contención grupal como estrategia colectiva para afrontar el malestar subjetivo y las dificultades de la vida diaria de las personas que allí asisten, ha sido una experiencia sumamente significativa. Les ha permitido compartir experiencias y conocer personas que son o han sido usuarias de los dispositivos de salud mental y así establecer nuevos vínculos y generar redes para apoyarse en circunstancias complejas, además de generar instancias de reflexión compartida, resistencia colectiva y de reivindicación de los derechos de las personas en materias de salud mental. En ese sentido, varias entrevistadas destacan la importancia de reunirse con otras mujeres que han vivido la experiencia de la psiquiatrización, ya que les ha permitido tensionar y posicionarse críticamente sobre sus vivencias y reconocer las desigualdades y violencia de género que se ejerce hacia las mujeres en el ámbito de la salud mental.

9.3.4. Resignificación de la experiencia de psiquiatrización y la locura

Las reflexiones tanto a nivel individual como colectivo, en torno a las vivencias en el ámbito de la salud mental, ha significado para las entrevistadas un proceso de reconocimiento y reivindicación de las diferencias subjetivas y de confrontación del estigma asociado al diagnóstico, lo cual se ha traducido en una resignificación de la locura y de sus vivencias como mujeres psiquiatrizadas.

“Esto de reconocermé a mí, validar mi propia locura, validar mi locura como parte de mi ser y no como algo ajeno que me pasa de vez en cuando, no es como algo que es como esto cíclico o que oye hoy día estoy loca y mañana no estoy loca, como que cuando estoy triste estoy loca como cuando estoy alegre también estoy loca, cuando escribo, escribo como loca, cuando tiro los zapatos, cuando cocino, todo, soy loca, de ahí poder validarme, eso fue súper sanador en verdad” (Valeria).

Varias entrevistadas señalaron que validar y comprender la locura como parte de su identidad y subjetividad fue una experiencia sanadora.

“Viéndolo en perspectiva, me apropio de ese diagnóstico y trato de hacerlo de una manera política igual y ya como en rechazo esa categoría diagnóstica propiamente tal prefiero plantarme y decir que sí, estoy loca, que soy neurodivergente, que sé yo y creo que eso es mucho más sanador que estar con distintos diagnósticos cada uno, que tenemos distintas formas de responder al mundo” (Camila).

Reclamar el término loca, tal como plantea Morrison (2003) conlleva una reinterpretación que no sólo es personal, sino que también se extiende para otros en la sociedad, bajo esta premisa, la resignificación de las experiencias de psiquiatrización no sólo apunta al bienestar individual, sino que también se centra en la construcción de una identidad colectiva, que busca transformar los estigmas y estereotipos sobre la locura en el imaginario social y levantar una crítica política a la institucionalidad psiquiátrica y sus prácticas de etiquetar y patologizar los comportamientos diferentes y el malestar subjetivo.

De esta manera, resignificar la locura para las entrevistadas ha implicado aceptar y apropiarse de la experiencia que hay detrás de la etiqueta diagnóstica, quitándole el componente estigmatizante, sexista y despectivo y aceptando las propias diferencias subjetivas y comprendiendo que existen distintas formas de sentir y relacionarse con la realidad.

“Cuando empecé a aceptar de que quizás yo tenía otras formas, cachai como de sentir, como que fue como no y qué pasa si estoy loca, está bien porque yo sé que puedo hacer cosas buenas con esto, con todo lo que yo siento [...] siento que todas las mujeres tenemos ese sentimiento de sentirnos locas y en verdad tampoco tendríamos que avergonzarnos porque en verdad estamos llenas de rabia, llenas de historia, entonces siento que todas las mujeres vamos a vivir en algún momento eso [...] para mí ahora es como súper complejo el tema de que los demás entiendan como esa locura puede ser algo positivo, como que las mujeres sobre todo tienen mucho miedo a ese término loca porque en verdad es lo que los hombres nos han dicho toda la vida” (Karina).

Para otras entrevistada, apropiarse del término loca, significa también proclamarlo con orgullo.

“Yo me apropié de mi locura, sí, yo estoy loca, de hecho, recuerdo cuando mi hijo estaba más chico y le conté que me iban a hospitalizar me dijo ¿por qué?” porque la mamá está loca, entonces como la mamá está loca tienen que encerrarla un rato para que se le pase, pero yo creo que sí, yo creo que sí, hay un vínculo importante, el punto es como uno lo sobrelleva, yo lo llevo con orgullo “ (Paula).

Apartar el estigma asociado al diagnóstico y a su experiencia sin duda ha sido un proceso gradual para estas mujeres, lo cual ha implicado reflexión y aprendizajes. Para algunas, apropiarse de la locura, implica también demostrar que las personas que han sido psiquiatrizadas también poseen habilidades, talentos y pueden desenvolverse en distintos ámbitos de la vida.

“Cuando alguien, así como algún pinche, me dice “y tú, estás como bipolar?”, así como tratando de sacarte el rollo, entonces ahí una le dice “yo no estoy bipolar, yo estoy loca” que es muy distinto y no se me va a pasar [...] Uno no dice triunfalmente “estoy loca y voy a seguir loca feliz para siempre” después como todos los procesos pasan cosas, tienes que enfrentar cosas, que esa palabra todavía te duele, pero me duele cada vez menos, en verdad y entonces ahora quiero ser una loca contagiosa (se ríe) para que, porque uno como profe siente una responsabilidad con sus estudiantes, entonces y cómo mamá” (Patricia).

En la misma línea, varias de las entrevistadas se refieren a la locura como algo positivo, que les ha entregado sabiduría y distintas formas de experimentar y relacionarse con el mundo.

“Yo creo que ahí hay que usar toda esa energía, porque se te genera más energía en algunos momentos y aprovecharla, hasta exhibirla, para los momentos que no esté cierto y potenciarla, pero me costó a mi darme cuenta, estuve como dos años en negro, dos o tres años así como en nada, pero después no, no yo era así y yo quiero volver y si esto se llama locura yo lo voy a tomar y yo me lo voy a quedar y si te gusta estar al lado mío bien y sino no hablis chao y voy a andar y voy a andar por aquí y voy a viajar y voy a seguir, porque no me puedo encerrar dentro de la estructura po, no soy, a lo mejor te puede molestar porque no soy tan estructurada en algunos aspectos, en otros sí, pero me tomo todos mis proyectos nomás como van, así es, así me siento contenta” (Daniela).

La relevancia de la resignificación de las experiencias vividas en salud mental reside en el proceso de reflexión, a partir del cual emerge una nueva identidad y comprensión de sí mismas, siguiendo lo planteado por Castillo (2018), esta nueva identidad refiere a la capacidad de estas mujeres de hacerse cargo de sus diferencias subjetivas, otorgándoles un nuevo significado sin depender del uso de psicofármacos. De esta manera, dicha reinterpretación de la experiencia se construye a través del aprendizaje y desarrollo de diversas estrategias de autocuidado y apoyo colectivo.

Asimismo, la apropiación del término loca, junto con la reinterpretación de la experiencia de psiquiatrización constituye una forma de resistencia, en tanto se distancian de las nociones estigmatizantes y de las atribuciones machistas y peyorativas que se le asocian socialmente a la locura.

Por último, es necesario señalar que estas mujeres no caen en una romantización o idealización de la locura, sino que se la apropian y la aceptan como parte de su identidad y subjetividad, entendiendo también que han atravesado por momentos de sufrimiento o situaciones emocionales complejas, pero que han sido dotadas de sentido y a partir de dicha resignificación han podido vislumbrar el componente social y los aspectos culturales que subyacen a dichas vivencias.

9.3.5. Politización de la experiencia en salud mental: Expertas por experiencia, activismo y feminismo loco

La politización de la experiencia de ser mujer en el sistema de salud mental implica un proceso reflexivo y crítico respecto a las vivencias de vulneración y abuso en las experiencias de psiquiatrización, entendiéndolas no como hechos aislados sino como prácticas que se encuentran naturalizadas en los procesos de atención, diagnóstico y tratamiento y que responden a aspectos estructurales de la desigualdad de género, por ende se entienden como situaciones compartidas por las entrevistadas, frente a las cuáles desarrollan estrategias y alternativas de resistencia como, tales como la reivindicación de sus vivencias y saberes en

torno a sus experiencias de psiquiatrización, trabajar desde el activismo y la promoción de la organización y praxis feminista con y desde la locura.

Las identidades de resistencia que reivindican las personas que tienen o han tenido una experiencia de psiquiatrización se posicionan como una respuesta al conflicto que se genera, entre sus propios saberes respecto a sus diferencias subjetivas y estrategias para resolver sus problemas y las etiquetas diagnósticas que les imponen los profesionales o expertos(as) por formación sobre qué sienten y necesitan. Si bien ninguna de las mujeres que participaron en la investigación se autodenominó como experta por experiencia en las entrevistas, en sus discursos se presenta una reivindicación de la autonomía y capacidad de hablar con voz propia y autorizada sobre sus representaciones y saberes obtenidos en torno a las situaciones sociales vinculadas a su experiencia de psiquiatrización.

“No es el doctor el que te puede ayudar, es el que lo ha pasado, el que lo ha vivido, el que ha sufrido estas situaciones y si ninguno po, ninguno lo ha pasado te aseguro, ningún psicólogo, lo han visto en los libros no cierto, lo han leído, entonces quién, quién más, qué mejor que poder conversar con personas que sí, que van a entender, que van a comprender, que te van a escuchar, que no te van a escuchar diciendo pobrecito, que lástima lo que te está pasando, sino que te va a llegar también ahí otra ayuda” (Daniela).

“Una alternativa para mí, siento que hay muchas otras, de alternativa transversal, que puede ser global, tiene que ver con el encuentro con uno y el encuentro con el otro, el espacio comunitario, en el de igual a igual, no donde viene este ser todopoderoso a decirte que es lo que ocurre contigo y a explicarte algo que es inexplicable porque solo está en ti y solo tú lo puedes percibir” (Sandra).

A partir del proceso de resignificación y reivindicación de sus experiencias en salud mental las entrevistadas problematizan sus vivencias junto con las de otras mujeres, analizando los aspectos sociales y culturales que subyacen a sus episodios de sufrimiento subjetivo.

“Creo que la depresión es mucho mayor en mujeres, por ejemplo, mujeres que ya no resisten este sistema patriarcal se deprimen y así miles de montones de mujeres diagnosticadas con depresión, los hombres cuando tienen, están deprimidos, no están deprimidos, tienen falta de

vocación o falta de motivación, que sé yo, son como cosas que son asociadas más a la actividad” (Valeria).

Desde el discurso crítico de estas mujeres, se analizan los alcances de la violencia y desigualdad de género y sus repercusiones en la subjetividad, que en muchos casos las lleva a la locura.

“Yo creo que el patriarcado obviamente nos afecta (...) creo que la gran mayoría de la gente loca es un producto social, y en esta sociedad las mujeres vivimos otra realidad, tenemos otras opresiones, estamos en condiciones de subalternidad” (Carolina).

“Estamos súper desprotegidas po con relación a los hombres por los distintos tipos de violencia, por los sueldos menores que ganamos, porque no hay derecho al aborto entonces hay mujeres que tienen mil hijos y no los pueden mantener, cualquiera se vuelve loca en esas circunstancias, entonces creo que por eso igual es mayor la cantidad de mujeres patologizadas” (Camila).

Las entrevistadas reconocen las situaciones injustas y opresivas que han enfrentado en sus experiencias de vida por el hecho de ser mujeres y las repercusiones que han provocado en su bienestar psicológico y emocional. En ese sentido, toman una postura crítica frente al discurso biomédico que se articula en torno al sufrimiento y el malestar subjetivo en general, que invisibilizan los determinantes sociales que afectan la salud mental de las mujeres.

“El hueón me dice tú estás mal y eso te remueve y es como chuta estoy mal y el problema está en mí, el problema soy yo, el problema no es que tengo una jefa que me explota, problema no es que tengo un trabajo de mierda, el problema no es que soy una mujer separada con 3 hijas y que tengo que pagar un montón de cuentas y que tengo que hacer 3 trabajos para poder subsistir, o sea el problema no era contextual, no era ambiental el problema es tuyo, entonces hazte cargo y empastillate porque no queremos gente loca cachai, entonces súper violentada me sentí en ese momento” (Sandra).

Para algunas entrevistadas, resignificar su experiencia de psiquiatrización no sólo conlleva una reflexión acerca de las situaciones vividas, sino que también implica asumir roles sociales

significativos, posicionándose con un discurso crítico y trabajando desde el activismo por los derechos en el ámbito de la salud mental o por otras luchas sociales que también tienen como horizonte común el bienestar subjetivo.

“Yo estoy en muchas organizaciones con diferentes blancos, no es solamente desde la salud mental, pero en todas ellas el gatillante incluso de la demanda social es desde la mente, desde una mente que no se conforma con lo que hay, con lo que le están entregando [...] mi perspectiva siempre desde la salud mental, más allá que la perspectiva sea una, que el foco no sea la salud mental, pero desde el colectivo, desde esos espacios que son súper íntimos porque son compañeros tratando de cambiar algo y eso es salud mental pura, eso es GAM es el grupo de apoyo mutuo, todos viviendo la misma vivencia, quién demanda socialmente porque se siente vulnerado en algo y eso trastoca tu salud mental, tu psicología, tu cerebro, tus ganas de comer, de vivir, se trastocan, entonces es como constantemente estar haciendo gam” (Luisa).

Escoger el camino del activismo implica movilizarse para visibilizar las vulneraciones de derechos que ocurren en el ámbito de la salud mental desde la institucionalidad psiquiátrica, en especial las situaciones opresivas a las que se enfrentan las mujeres y, por ende, ayudar a personas que pudieran estar atravesando por situaciones similares a las que vivieron las entrevistadas.

“Te cambia la vida trabajar desde el activismo y no esperando algo a cambio, por ejemplo yo no espero riquezas porque en verdad sé que voy a ser pobre como las ratas pero yo hago algo por otras personas [...] entonces cuando estoy pendiente de hacer un cambio se me olvidan como esas dolencias que tengo, de hecho por lo mismo, por el abuso sexual, como que yo ya no veo de la misma forma el abuso sexual que cuando estaba con psicofármacos sino que lo que me pasó a mi lo veo como una rabia que puede ser trabajada y que puede ayudar a otras mujeres que les pasó lo mismo que a mí” (Karina).

En la misma línea, a través de la politización de la experiencia de las mujeres con la psiquiatría y los dispositivos de salud mental en general, se evidencia en el discurso de algunas entrevistadas la identificación con un “feminismo loco”, lo que se corresponde con lo

planteado por Castillo (2019), en tanto reivindican los saberes y experiencias de mujeres ex pacientes y sobrevivientes de la psiquiatría desde una vereda política.

“Yo me planto como mujer loca desde una postura política, creo que igual me ha abierto hartas puertas, sobre todo este año que estalló como el tema de salud mental en las universidades y demás y cuando uno llega y dice yo soy loca, mujer y feminista, como que la gente igual se acerca a escucharte, ya no es tanto como ese rechazo sino que como que aceptan que tienes algo importante que decir, sobre todo cuando es desde la experiencia” (Camila).

“Nosotras no somos solo feministas, nosotras somos feministas locas y nuestra historia de locas, de las compañeras muertas por la psiquiatría en la historia también, nos mueve a que nos definamos desde esa manera y tenemos una voz tremendamente radical” (Valeria).

De esta manera, las entrevistadas que se autodenominan como feministas locas, consideran necesario que el movimiento feminista debe reconocer y abarcar dentro sus luchas la violencia psiquiátrica que viven las mujeres en los dispositivos de salud mental, tal como plantea Castillo (2019), “el “feminismo loco” plantea la necesidad de reconectar la crítica feminista con la antipsiquiatría con el objetivo de ampliar los espacios políticos de alianza y luchas comunes contra el patriarcado y el cuerdisimo en el campo de la subjetividad” (p.413). En ese sentido, las entrevistadas que se identifican con dicha postura política, plantean también una reformulación del lenguaje biomédico que se utiliza en el discurso social para referir a las actitudes de otras mujeres, patologizando sus conductas y expresiones o utilizándolo como forma de menosprecio hacia otras sujetas.

“Nosotras como feministas como mujeres también tenemos que pensar en las que no pueden estar ahora, ser parte del movimiento porque están encarceladas cachai, como que ese punto también es muy importante porque a pesar de que yo no estuve ahí igual viví violencia psiquiátrica desde otra forma, quizás otra discriminación, pero de que yo creo que como movimiento feminista deberíamos preocuparnos y también denunciar eso, porque también las mismas feministas, me ha pasado mucho que como que dicen enferma mental o dicen muchos diagnósticos” (Karina).

“La patologización de la violencia, está súper en voga como compañera terapéate es muy muy fuerte, el loca como un roteo, son tremendamente diagnosticadoras algunas porque quieren sanarnos, todo lo quieren sanar, sanarnos pero a través de vías, utilizando vías que son patriarcales como las disciplinas que trabajan con la subjetividad que es tan fuertemente, entonces cuestionamos mucho eso, como el constantemente compañera trapéate no sé” (Valeria).

Las expertas por experiencia que se reconocen como parte del “feminismo loco” cuestionan el uso en el discurso social de expresiones como “terapéate” o “anda a terapia”, como también la directa asociación de algún comportamiento incomprendido o transgresor con alguna categoría diagnóstica psiquiátrica, debido a que transmite un mensaje patologizante de la conducta e impositivo en términos de normalización del comportamiento a través de los dispositivos tradicionales de salud mental, tanto de psiquiatría como de psicología. Lo cual promueve un sentido de responsabilidad individual y a la vez de culpabilización, lo cual termina por invisibilizar la raíz estructural de las desigualdades y violencias que tienen una expresión individual en la subjetividad de las mujeres.

De esta manera, la propuesta política del “feminismo loco” recalca la importancia de no caer en un enfoque revictimizante donde se comprende a las mujeres únicamente como víctimas de sus opresiones, sino que también considera y promueve su capacidad de transformación y autodeterminación respecto a sus vivencias, mostrando que existen alternativas y estrategias para afrontar situaciones que afectan la salud mental y reconocer las propias diferencias subjetivas. Promoviendo una alternativa que va más allá de la prescripción farmacológica y la atención vertical profesional y que se sustentan en principios de autogestión y horizontalidad, reivindicando las prácticas de apoyo mutuo, reflexión crítica, resignificación de las experiencias de vida y praxis política feminista

9.3.6. Síntesis

Las participantes del presente estudio se posicionan con un discurso crítico frente a las situaciones de vulneración, desigualdad y abuso vivenciadas durante sus experiencias de psiquiatrización y desarrollan prácticas de resistencia como respuesta a dichas injusticias.

Por un lado, las experiencias negativas de las entrevistadas en torno al consumo de psicofármacos, se traduce en que la mayoría haya tomado en la decisión de discontinuar dicho tratamiento farmacológico, lo cual se llevó a cabo de manera gradual e informada, tanto de manera autónoma como a través del asesoramiento y apoyo por parte de personas que vivieron procesos de desmedicalización previamente, así como también con asesoría de un psiquiatra para el caso de una entrevistada. El proceso de desmedicalización para estas mujeres significó comprender que la experiencia de vivir sin psicofármacos era posible, al igual que apoyarse en estrategias tanto individuales como colectivas, para afrontar las dificultades en el plano de la subjetividad.

A partir del proceso de autoconocimiento y reflexión crítica que llevan a cabo las entrevistadas, que les ha permitido reconocer sus diferencias en el plano de la subjetividad, estas desarrollan estrategias para el afrontamiento de situaciones emocionales complejas, junto con promover el bienestar subjetivo en sus vidas. Dichas alternativas se sustentan principalmente en estrategias de autocuidado y cambios en los hábitos de vida de acuerdo con las propias necesidades subjetivas.

Por otro lado, es posible reconocer las estrategias colectivas como alternativa para la salud mental, las cuáles se traducen en la generación y participación en instancias de apoyo mutuo, junto con el intercambio de experiencias con otras personas que han vivido la experiencia de la psiquiatrización. En la misma línea, para las entrevistadas conocer y compartir con otras mujeres usuarias y ex usuarias del sistema de salud mental, les permitió situar sus experiencias junto con las de otras mujeres, posicionándose con un discurso crítico frente a las situaciones de vulneración de derechos y violencia de género en el ámbito de la salud mental.

Otra práctica de resistencia que se evidencia en los relatos de estas mujeres refiere a la resignificación de la locura y de sus vivencias como mujeres psiquiatrizadas. En ese sentido, sus procesos reflexivos tanto a nivel individual como colectivo respecto a sus vivencias en el sistema de salud mental, se ha traducido en el reconocimiento y la reivindicación de sus diferencias subjetivas, apropiándose del término loca, entendiéndolo como parte de su identidad, llevándolo con orgullo, aceptando y valorando las diferencias a nivel psicológico y emocional que les permiten experimentar y relacionarse con el mundo de manera distinta. Al mismo tiempo, las entrevistadas se oponen y confrontan las representaciones estigmatizantes, machistas y peyorativas asociadas a la locura.

Por último, es posible reconocer la politización de la experiencia en salud mental, a partir de la cuál, si bien las entrevistadas no se autodenominan como expertas por experiencia propiamente tal, sí reivindican su autonomía y una voz propia para referirse a sus conocimientos y significados en torno a sus vivencias con la psiquiatría y los dispositivos de salud mental en general. Desde dicha perspectiva, las sujetas reflexionan críticamente sobre sus vivencias y las de otras mujeres psiquiatrizadas, analizando los aspectos sociales y culturales que subyacen a sus episodios de sufrimiento subjetivo, comprendiendo que la locura, en muchos casos respondería a las consecuencias del sistema patriarcal en la dimensión emocional y psicológica de las mujeres.

Dichas reflexiones en los relatos de varias entrevistadas se entrelazan con el feminismo, surgiendo así un discurso y un posicionamiento político desde la vertiente del feminismo loco, revindicando el activismo, las estrategias de autocuidado y las instancias de apoyo mutuo entre mujeres, como mecanismos para el abordaje, afrontamiento y resolución de los episodios de malestar subjetivo.

10. Conclusión

La presente memoria se propuso abordar el fenómeno de la salud mental como un asunto de género, entendiendo que, en dicho ámbito tanto en nuestro país como en resto del mundo, se presentan diferencias en las experiencias de atención diagnóstica y tratamiento en el ámbito de la salud mental entre hombres y mujeres. Al respecto, el Relator Especial de la ONU sobre el Derecho a la Salud, Dainius Pûras (2017) reconoce la existencia de violaciones a los Derechos Humanos en los sistemas de salud mental y enfatiza que debe prestarse especial atención a la situación de las mujeres, quienes sufren de manera exacerbada las prácticas de los dispositivos de salud mental, a los cuáles les subyacen tradiciones de carácter patriarcal y estereotipos nocivos de género. En lo que respecta a nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 evidencia que las mujeres presentan por lo menos el doble en síntomas y prevalencia de depresión que los hombres (MINSAL, 2018). Asimismo, la Superintendencia de Seguridad Social señala que las mujeres representan el 76% de las licencias por motivos de salud mental en FONASA y el 59,3% en ISAPRE (SUSESO, 2020).

Sumado a dichos datos, se tomó como antecedentes importantes las consignas y discursos de organizaciones y movimientos sociales en torno a temáticas de derechos en salud mental. Estas agrupaciones conformadas principalmente por expertos(as) por experiencia han sido los(as) precursores en denunciar y visibilizar las vulneraciones que existen en el sistema de salud mental hacia los(as) usuarios(as) de dicho sistema y en problematizar las diferencias de género y las experiencias de las mujeres con la institucionalidad psiquiátrica.

Ante dicho panorama y antecedentes, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las representaciones y las prácticas de resistencia en torno a la violencia de género en salud mental, desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico respecto a su experiencia de psiquiatrización?

Para la obtención de los resultados del presente estudio, se analizaron categorías elaboradas a través de los métodos de codificación de la Teoría Fundamentada relacionadas con las dimensiones de análisis planteadas en el marco metodológico. A continuación, se presentan

los hallazgos que buscan dar respuesta a los tres objetivos de la investigación y con ello a la pregunta.

Respecto a los hallazgos de la primera dimensión, que analiza las representaciones de las expertas por experiencia en torno a la dimensión de tratamientos y procedimientos, se concluye que, los primeros acercamientos de las entrevistadas con el sistema de salud mental responden a la búsqueda de una explicación y solución, frente a sucesos de malestar emocional y/o psicológico, que generan conflictos en su entorno y les dificultan el desarrollo habitual de su vida cotidiana. El origen del malestar subjetivo para estas mujeres se encuentra relacionado con circunstancias particulares en su vida personal y/o familiar. Sin embargo, para los profesionales de la salud mental dichos padecimientos tenían un origen biológico, asociado a un diagnóstico psiquiátrico, cuyo manejo o solución se remitía a la prescripción de psicofármacos. Lo cual implicó que estas sujetas iniciaran un extenso historial de atención, diagnósticos y tratamientos en el ámbito de la salud mental.

Frente las experiencias de diagnóstico y prescripción de tratamiento farmacológico, es posible identificar que entre las entrevistadas predominan representaciones negativas, en tanto los psiquiatras que consultaron durante sus experiencias se centraron únicamente en otorgarles múltiples diagnósticos psiquiátricos, así como diversos tipos, combinaciones y dosis de psicofármacos, sin ahondar en sus contextos sociales e interpersonales que se encontraban en la base de su malestar subjetivo. Respecto al tratamiento farmacológico, se identifica un rechazo extendido entre estas mujeres, quienes enfatizan los severos efectos físicos, psicológicos y sociales que les produjo el consumo de psicofármacos, intensificando su malestar inicial como también, generándoles nuevos síntomas.

Sobre la atención y el trato por parte de los profesionales de la salud mental, durante el proceso de tratamiento, existe un discurso crítico compartido entre las entrevistadas, reconociendo vulneraciones de derechos en las prácticas y modalidades de atención por parte de estos, expresadas en la nula o escasa información entregada por parte de los psiquiatras consultados, sobre la función y los efectos secundarios y adversos asociados a los medicamentos prescritos. Tal como muestran los estudios de Pérez (2012) y Castillo (2018), se distingue una relación médico-paciente predominantemente vertical y autoritaria, que no considera las opiniones y

decisiones de las personas respecto a sus propios procesos de tratamiento. En varias experiencias se presentaron prácticas coercitivas desde los profesionales, como manipulaciones, lo cual le ocurrió a varias entrevistadas sobre todo en el ámbito de la maternidad. También se observaron descalificaciones por el hecho de ser mujer y amenazas referidas a internaciones psiquiátricas para que estas se mantuvieran bajo tratamiento con psicofármacos. Todo esto evidencia situaciones de vulneración de derechos y violencia de género que experimentan las mujeres en el ámbito de la salud mental.

En la misma línea, las entrevistadas dan cuenta de otras situaciones vulneradoras en contextos de hospitalización en instituciones o servicios de psiquiatría. Entre ellas se reconocen las internaciones de carácter forzoso, además de la existencia de situaciones en dichos contextos que involucran medidas de contención física y medicación involuntaria, que condicionan y/o anulan el consentimiento de las personas. Asimismo, en los relatos de las entrevistadas que tuvieron experiencias de hospitalización se encontraron representaciones que aludían a la experiencia carcelaria, debido a las deficientes condiciones de infraestructura o higiene que presenciaron en dichos lugares, junto con los tratos crueles y denigrantes a los que se vieron expuestas por parte del personal de esas instituciones. Esto concuerda con los planteamientos de Goffman (2012) sobre las situaciones que se vivencian en las instituciones totales como los hospitales psiquiátricos y las cárceles. También se encontraron situaciones especialmente violentas y abusivas para las mujeres, como las agresiones y abusos sexuales por parte de funcionarios.

Por último, entre las entrevistadas que fueron internadas en instituciones psiquiátricas, hubo dos mujeres que tuvieron experiencias de esterilización no voluntarias por motivo de salud mental, situaciones similares vivieron otras entrevistadas que fueron cuestionadas por sus psiquiatras tratantes por el hecho de ser madres y tener un diagnóstico psiquiátrico. Lo cuál permite dar cuenta de una serie de representaciones sociales arraigadas en el discurso médico-psiquiátrico que relacionan a la locura y a la maternidad, con la figura de “la mala madre”. Estas situaciones se consideran gravísimas y sumamente necesarias de visibilizar como una forma de violencia de género y vulneración de derechos hacia las mujeres usuarias de los servicios de salud mental.

Se concluye que se cumple el primer supuesto de la investigación, en tanto los hallazgos muestran que las representaciones negativas y el discurso crítico de las entrevistadas respecto a sus experiencias de psiquiatrización responden a un panorama compartido de situaciones y prácticas naturalizadas de vulneración de derechos y violencia de género en las modalidades de atención, diagnóstico y prescripción de tratamiento farmacológico en el sistema de salud mental. Dicho panorama evidencia la invisibilización y reducción de la raíz social y estructural que subyace al malestar subjetivo en las mujeres. Así como una recurrente variabilidad en los diagnósticos y psicofármacos prescritos, provocando una eternización del tratamiento y una serie de efectos emocionales, corporales y sociales en las usuarias de dichos medicamentos. Además, se observa un predominio de dinámicas verticales y autoritarias en la atención y trato desde los profesionales del sistema de salud mental. Promoviendo un escenario de malos tratos, prácticas coactivas, situaciones abusivas y violentas en los cuerpos y subjetividades de las mujeres.

Los hallazgos de la segunda dimensión, que analiza, las representaciones de las expertas por experiencia en torno a la dimensión simbólica de la violencia de género en salud mental dan cuenta que la vulneración de derechos que existe hacia las personas que son o han sido psiquiatrizadas se presenta también desde una violencia de tipo simbólica. Esta refiere a los imaginarios sociales y culturales que se articulan en torno a la locura y a los diagnósticos psiquiátricos y que se traducen en procesos de estigmatización y discriminación hacia las usuarias de los servicios de salud mental. De esta manera, los relatos y representaciones muestran diversas formas de estigmatización. Tal como plantea Goffman (2006), es posible ver una reducción de la identidad al diagnóstico psiquiátrico otorgado, prejuicios de incapacidad, violencia e infantilización hacia las personas que han sido psiquiatrizadas, situaciones de discriminación al momento de buscar trabajo y/o la pérdida de la fuente laboral.

Asimismo, fue posible reconocer las repercusiones sociales de la experiencia de psiquiatrización que tenían directamente un motivo de género. En ese sentido, para estas mujeres en el ámbito familiar e interpersonal ocurren situaciones de marginación o pérdida de vínculos significativos, además de encontrarse con duros cuestionamientos en el ámbito de la maternidad. Estos cuestionamientos surgen desde el entorno social cercano como por parte de

instituciones, que ponen en duda su capacidad de crianza y ejercicio como madres, por el hecho de tener una experiencia de psiquiatrización. Siguiendo lo planteado por Palomar (2004), se evidencia una mayor condena social hacia estas sujetas, al transgredir las expectativas sociales en torno al comportamiento y los roles de género asignados, por el hecho de ser mujeres, madres y “locas”, siendo asociadas inmediatamente con la figura de “la mala madre”. Otras repercusiones que se detectaron en las situaciones relatadas por las entrevistadas refieren a la pérdida de autonomía y decisión respecto a sus decisiones y experiencias de vida y al cuestionamiento o minimización de relatos y denuncias de situaciones violentas y/o abusivas, lo cual constituye una forma de perpetuación de la violencia de género.

A partir de dichas situaciones de injusticia, junto el carácter despectivo y machista que suelen tener los imaginarios e implicancias sociales asociadas a la experiencia de ser mujer psiquiatrizada. Las entrevistadas se posicionan críticamente respecto a sus vivencias como mujeres psiquiatrizadas y problematizan las situaciones sociales y contextuales injustas y opresivas que atraviesan las mujeres en la sociedad, frente a lo cual concluyen que ser mujer y atravesar por episodios emocionales dolorosos y psicológicos complejos se vuelve un hecho prácticamente inevitable.

Se concluye que se cumple el segundo supuesto de la investigación, en tanto la violencia simbólica asociada a la violencia de género en salud mental se traduce en representaciones e imaginarios sobre la locura que se sustentan en estereotipos de género y conceptualizaciones machistas y negativas, lo cual se manifiesta en procesos de estigmatización, discriminación y repercusiones sociales particulares para las mujeres que tienen una experiencia de psiquiatrización. Se enfatiza la importancia de tensionar los aspectos estructurales que repercuten en la subjetividad y afectan la salud mental de las mujeres y que las sitúan en una doble situación de desventaja, en tanto poseen una mayor probabilidad de ser patologizadas al desviar sus comportamientos y acciones de las expectativas sociales de género, como también son más proclives de atravesar por situaciones de sufrimiento y malestar subjetivo debido a las constantes desigualdades y vulneraciones que deben enfrentar diariamente en la sociedad.

Los resultados de la tercera dimensión, que analiza las prácticas de resistencia de las expertas por experiencia en torno a la violencia de género en salud mental, evidencian el reconocimiento de diversas estrategias y alternativas, tanto individuales como colectivas, para el afrontamiento de las situaciones de malestar emocional y como mecanismos para el bienestar subjetivo en sus vidas.

Dentro de las prácticas de resistencia se encuentra la decisión de discontinuar el tratamiento farmacológico y por consiguiente el proceso de desmedicalización, que se inicia a partir de los efectos y representaciones negativas asociadas al consumo de psicofármacos por parte de las entrevistadas. A pesar de la complejidad del proceso, las mujeres que dejaron de consumir psicofármacos y utilizar el sistema de salud mental reconocen diferentes efectos positivos en sus vidas, tanto a nivel físico, como psicológico y social, referidos a la recuperación de sensaciones, emociones, habilidades cognitivas, recuperación de vínculos y actividades que se vieron interrumpidas por los efectos del tratamiento farmacológico. Además, es posible dar cuenta que dicha determinación en las entrevistadas trajo consigo un proceso reflexivo sobre sus experiencias de psiquiatrización, junto con la adopción de diferentes estrategias para abordar situaciones de malestar.

Por otra parte, se reconocen las estrategias personales para el cuidado y afrontamiento de dificultades en el ámbito de la salud mental, que surgen a partir de un proceso reflexivo, de autoconocimiento y aprendizajes por parte de estas mujeres, respecto a sus diferencias subjetivas. A partir de ella, desarrollan o adoptan estrategias y/o alternativas relacionadas con el autocuidado y cambios en sus hábitos de vida, adecuándose a sus propias necesidades y distanciándose de las perspectivas biomédicas para el abordaje y manejo del malestar subjetivo. En la misma línea, se encuentran las estrategias colectivas como alternativas para la salud mental, que a través de la creación de instancias autogestionadas y horizontales de apoyo mutuo y cuidado colectivo para las personas que viven la experiencia de la psiquiatrización, junto con la participación en organizaciones relacionadas con temáticas de derechos y/o género en materia de salud mental, se promueve la recuperación y fortalecimiento del lazo social como mecanismo de bienestar, en contraposición a la lógica de individualización del padecimiento que predomina en los dispositivos de psiquiatría.

Otra práctica de resistencia que se identificó refiere a la resignificación de la locura y la experiencia de psiquiatrización, lo cual concuerda con lo planteado en los estudios de Morrison (2003) y Cea-Madrid y Castillo (2016;2018), en tanto dicho proceso, implica un reconocimiento, aceptación y reivindicación de las diferencias subjetivas, junto con la confrontación de los estigmas asociados a dicha experiencia y al diagnóstico psiquiátrico otorgado. Esto se ha traducido en la reapropiación y validación del término “loca”, distanciándose de las nociones estigmatizantes y de las atribuciones despectivas que se le asocian socialmente a la locura.

Por último, fue posible reconocer la práctica de politización de la experiencia en salud mental, dentro de la cual es posible identificar a las entrevistadas con el concepto de expertas por experiencia-aunque estas no se autodenominen como tal- en tanto reivindican su autonomía y saberes adquiridos respecto a las situaciones sociales vinculadas a su experiencia de psiquiatrización. A partir de dicha postura y discurso crítico que sostienen las sujetas, estas problematizan los efectos destructivos del sistema patriarcal en la subjetividad de las mujeres, reconociendo situaciones opresivas y de desigualdad que han enfrentado en sus experiencias de vida por el hecho de ser mujeres y las repercusiones que estas han provocado en su salud mental. De esta manera, se reconoce que para varias entrevistadas resignificar sus experiencias de psiquiatrización no sólo conlleva una reflexión acerca de las situaciones vividas, sino que también implica asumir roles sociales significativos, como el camino del activismo, asumiendo un rol activo en la defensa de los derechos en el ámbito de la salud. También en algunas entrevistadas se encontró un compromiso político y reivindicación del “feminismo loco”, que busca visibilizar la violencia psiquiátrica que viven las mujeres en los dispositivos de salud mental y promover la creación de espacios de apoyo mutuo y acción política bajo los principios del cuidado colectivo y la horizontalidad.

Los hallazgos muestran el cumplimiento del tercer supuesto de la investigación, en tanto es posible dar cuenta, que las prácticas de resistencia en torno a la violencia de género en salud mental se plantean y se desarrollan desde las entrevistadas a partir del descontento y la crítica que surge respecto a sus experiencias de atención y tratamiento en los servicios de salud mental tradicionales. Frente a ello, las entrevistadas implementan alternativas y desarrollan

estrategias, tanto individuales como colectivas, en respuesta a las situaciones negativas experimentadas. Estas van desde la discontinuación del tratamiento farmacológico hasta a la adopción de roles sociales significativos relacionados al activismo y a la praxis política feminista desde la locura.

Retomando la pregunta de investigación, se concluye que las representaciones de las entrevistadas sobre la violencia de se enmarcan en el reconocimiento de vivencias compartidas de vulneración y desigualdad hacia las mujeres en las modalidades de atención, diagnóstico y tratamientos en el sistema de salud mental, así como en los imaginarios sociales que se configuran respecto a la locura y la experiencia de ser mujer psiquiatrizada, lo cual se entiende como expresión del carácter estructural de la violencia hacia las mujeres en el ámbito de la salud mental. En lo que respecta a las prácticas de resistencia, estas se identifican como alternativas y estrategias individuales y colectivas para el reconocimiento de las diferencias subjetivas y afrontamiento de episodios de padecimiento emocional en las mujeres, que se distancian del abordaje biomédico que prima en la disciplina psiquiátrica y en el sistema de salud mental en general.

Respecto a la generación de conocimientos sobre el ámbito de la salud mental, la presente investigación se plantea desde la vereda de los estudios locos (mad studies) y la investigación militante en dicho ámbito. Busca contribuir a la visibilización y denuncia de las vulneraciones y malas prácticas por parte de la psiquiatría y el sistema de salud mental en general hacia las mujeres. A partir de un conocimiento situado desde las propias vivencias de malestar, se rescatan las experiencias y saberes de las expertas por experiencia y sus formas de relacionarse e interpretar la realidad, en búsqueda de promover una sociedad más consciente de las diferencias en el ámbito de la subjetividad, junto con las instancias colectivas y horizontales que permitan el fortalecimiento del lazo social, la participación política y la organización social de personas que han recibido atención de salud mental. Construyendo así alternativas al abordaje biomédico, despolitizado y reduccionista que prima en los sistemas de salud mental en torno a las experiencias de padecimiento en las personas, en especial para las mujeres.

Sobre las limitaciones de la presente investigación, la investigadora es consciente de que, al no incluir las experiencias de los hombres con el sistema de salud mental, no es posible tener

un panorama completo sobre las diferencias de género que se presentan en las modalidades de atención, diagnóstico y tratamiento dicho ámbito. Es por ello, que se propone para futuras líneas de investigación, en especial desde la sociología de la salud, indagar en aquellas diferencias, considerando tanto las vivencias de hombres como mujeres con los servicios de salud mental. También, la investigadora reconoce que las mujeres que participaron en la investigación son sujetas particulares, que poseen un discurso crítico y que se vinculan con movimiento e instancias sociales. Al respecto, sería interesante contrastar estos discursos con otras personas que han sido psiquiatrizadas, pero que no tienen vínculos o cercanía con organizaciones sociales vinculadas a temáticas de salud mental y preguntarse por el rol que tiene la participación y organización social en la autonomía y bienestar subjetivo de usuarias(os) y ex usuarias(os) de los servicios de salud mental.

A modo de reflexión desde la sociología de la salud, se considera relevante continuar y profundizar en la investigación social sobre el ámbito de la salud mental en Chile, debido a que es un tema importante y contingente en la discusión pública actual de nuestro país. En este sentido, se enfatiza la importancia de visibilizar la desigualdad y violencia de género que existe en el ámbito de la salud mental y reflexionar en torno a los determinantes estructurales, sociales y culturales que subyacen a los episodios de malestar subjetivo en las mujeres en la sociedad.

Bibliografía

Albertín, P. (2017). Abriendo puertas y ventanas a una perspectiva psicosocial feminista: Análisis sobre la violencia de género. *Psicoperspectivas*, 16(2), 79-90,

Alvelo, P. J. (2009). The politics of madness: The mental patients' liberation movement in the 1970s. Sarah Lawrence College.

Basaglia, F. (2013). La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. Buenos Aires: Topía Editorial.

Benjamín, V., Saldivia, S & Pihán, Rolando. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*, 22(1), 51-61.

Bourdieu, P. (2000) La dominación masculina. Barcelona: Editorial Anagrama.

Bourdieu, P y Passeron, J. (1995) La Reproducción: Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. México: Distribuciones Fontamara.

Broverman, I. K., Broverman, D. M., Clarkson, F. E., Rosenkrantz, P. S., & Vogel, S. R. (1970). Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(1), 1-7.

Busfield J. (1988) "Mental Illness as Social Product or Social Construct: A Contradiction in Feminist Arguments?" *Sociology of Health and Illness*, 10(4), 521-542.

Calderón C., Betancurth, D (2015). La ética y la justicia social en la práctica de la investigación cualitativa en salud en el medio sanitario. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 1(33),125-127.

Canales, M. (2013). La escucha de la escucha. Análisis e interpretación en la investigación cualitativa. Santiago de Chile: LOM.

Castillo Parada, T. (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>

Castillo, T. (2016). Psicofármacos y subjetividad. Tesis para optar al título profesional de Antropóloga. Universidad de Concepción.

Castillo Parada, T. (2018). Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos. *Salud Colectiva*, 14(3), 513-529.

Castro, P., & Bronfman, P. (1993). Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 375-394.

Castro, R., & Riquer, F. (2003). La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cuadernos de Salud Pública*, 19(1), 135-146.

Chamberlin, J. (1990). The ex-patient's movement: Where we've been and where we're going. *Journal of Mind and Behavior*, 11(3), 323-336.

Chamberlin J. (1994). A Psychiatric Survivor speaks out. *Feminism & Psychology*, 4(2),284-287.

Cea-Madrid, J. (2016). Acabar con esta locura: No más electroshock en Chile. El Desconcierto. Obtenido de: <https://www.eldesconcierto.cl/2016/07/28/acabar-con-esta-locura-no-mas-electroshock-en-chile/>.

Cea-Madrid, J. (2019). “Locos por nuestros derechos”: Comunidad, salud mental y ciudadanía en el Chile contemporáneo. *Quaderns De Psicologia*, 21(2).

Cea-Madrid, J y Castillo Parada, T. (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría: Balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología*(8), 169-192.

Cea-Madrid, J. C., y Castillo Parada, T. (2018). Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea. *Política y Sociedad*, 55(2), 559–574.

Chelster, P. (2005) *Women and Madness*. Nueva York: Palgrave MacMillan.

Cobo, R., De la Cruz, C., Volio, R & Zambrano, A. (2009). Cuadernos de género: Políticas y acciones de género. Materiales de Formación. Universidad Complutense, Instituto Complutense de Estudios Internacionales, Madrid.

Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Barcelona: Paidós.

Cresswell, M. (2005). Psychiatric “survivors” and testimonies of self-harm. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1668-1677.

Esteban, M (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En Filgueira, J & Lopez, I (2003). *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3(1), 22 – 39.

Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Curso en el College de France (1973-1974). Buenos Aires: FCE

Gall, N & Mattio, E. (2017). Biopolítica y dispositivo de la sexualidad: una revisión de las críticas feministas. *Boletín Onteaiken* (24)

Glaser, B. G. y Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.^[1]_[SEP]

Goffman, E. (2012). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.

Goffman (2006) El estigma: la identidad deteriorada. Amorrortu Ediciones: Madrid

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México: McGraw - Hill.

Izcara-Palacios, S. (2009). La praxis de la investigación cualitativa. Guía para elaborar tesis. México D. F: Plaza y Valdés.

Lafaurie, M (2010). Las mujeres y la depresión: Una reflexión crítica. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia* (5), 315-340.

Locos por nuestros derechos (2015). Manual de Derechos en Salud mental. Santiago de Chile: Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Lorentzen, J. (2005). 'I Know My Own Body': Power and Resistance in Women's Experiences of Medical Interactions. *Body & Society*, 14(3), 49-79.

Maqueda, M. (2006). La violencia de género: Entre el concepto jurídico y la realidad social. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. Universidad de Granada.

Markez, Iñaki, Póo, Mónica, Romo, Nuria, Meneses, Carmen, Gil, Eugenia, & Vega, Amando. (2004). Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 37-61.

Menzies, R., LeFrançois, B. A., & Reaume, G. (2013). Introducing mad studies. Mad matters: A critical reader in Canadian Mad Studies. Toronto: CSPI.

Minoletti, A., Toro, O., Alvarado, R., Carniglia, C., Guajardo, A., Rayo, X (2014). Evaluación de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes en servicios de salud

mental, integrando perspectivas de usuarios y equipos de salud: Informe General. Proyecto Fonis SA12I2073. Santiago: Escuela Salud Pública Salvador Allende, Universidad de Chile.

MINSAL (2000). Aprueba Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan. Santiago.

MINSAL (2004). Aprueba Norma General Técnica N° 71 sobre Normas de Esterilización Quirúrgica en personas con enfermedad mental. Santiago.

MINSAL (2008). Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Santiago.

MINSAL (2013). Guía Clínica Auge: Depresión en personas de 15 años y más. Santiago.

MINSAL (2018). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Segunda Entrega de Resultados. Santiago.

MINSAL (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Santiago.

Moncrieff, J. (2013). Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos. Herder: Barcelona.

Morrison, L. (2003) Talking Back to Psychiatry: Resistant Identities in the Psychiatric Consumer/Survivor/Ex-patient Movement. Doctoral Dissertation, University of Pittsburgh.

Munévar-Munévar, D., & Mena-Ortiz, L. (2009). Violencia Estructural De Género. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(4), 356-365: Bogotá.

Nascimento, Larissa Alves do, & Leão, Adriana. (2019). Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 26(1), 103-121.

Nunes, Mônica, & Torrenté, Maurice de. (2009). Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 101-108.

Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014). *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile*. Santiago.

Ordorika Sacristán, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista mexicana de sociología*, 71(4), 647-674.

Ortega, C. (2011). Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. *Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género*. Vol.1/ N.º 4, pp. 208-223: Madrid.

Ortoleva, S., & Lewis, H. (2012). *Forgotten Sisters - A Report on Violence Against Women with Disabilities: An Overview of its Nature, Scope, Causes and Consequences* Northeastern University School of Law Research. (104).

Palomar Vereá, C. (2004) “Malas madres”: la construcción social de la maternidad. *Debate Feminista*, Vol. 30 pp.12-34.

Pelcastre, B., Domínguez, R&. González, T (2015). La investigación social en salud en un contexto de violencia: una mirada desde la ética. *Saúde e Sociedade*, 24(3), 816-825.

Pérez, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de controlpsiquiátrico*. Santiago: LOM.

Pla, I, Adam, A & Bernabeu. (2013) Estereotipos y prejuicios de género: Factores determinantes en Salud Mental. *Revista Norte de Salud Mental* 11(46),20-28.

Pûras, D. (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: Organización de las Naciones Unidas.

Ramos-Lira, L (2014) ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*,37(4), 275-281.

Reaume, G. (2002). Lunatic to patient to person: Nomenclature in psychiatric history and the influence of patients' activism in North America . *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(4), 405–426.

Rissmiller D. &Rissmiller J. (2006). Evolution of the Antipsychiatry Movement Into Mental Health Consumerism. *Psychiatric Services* ,57 (6), 863–866.

Romo, N; Gil, E; Póo, M; Meneses, C; Markez, I & Vega, A (2003) Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias*, 28(4), 372-379.

Roncero,I.(2013). Melancólicas y emancipadas. La transformación de los mitos de la feminidad patológica en discursos de empoderamiento feminista. *Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género*,(8), 266-293.

Ruiz,M & Jimenez, I (2003). Género, Mujeres y Psiquiatría: Una Aproximación Crítica. *Frenia* 3(1), 7-29.

Schettini, P., & Cortazzo, I. (2015). Análisis de datos cualitativos en la investigación social. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.^[1]_[SEP]

Schrader, S. (2013) Mad Pride: Reflections on Sociopolitical Identity and Mental Diversity in the Context of Culturally Competent Psychiatric Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 62-64.

Strauss, A. L. y Corbin, J. (2002). Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquía,

SUSEO (2020). *Estadísticas de licencias médicas de origen común por enfermedades mentales año 2019-Primer Cuatrimestre 2020*, 1–16.

Thomas, R., & Davies, A. (2005). What Have the Feminists Done for Us? Feminist Theory and Organizational Resistance. *Organization* , 12(5), 711-740.

Tovar, P (2004) El Cuerpo Subordinado y Politizado: Reflexión Crítica sobre género y Antropología Médica. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 253-282.

Ussher, J. (1997) Body Talk. The Material and Discursive Regulation of Sexuality, Madness and Reproduction. Nueva York: Routledge

Valverde, M. A. (2010). Un dilema bioético a propósito de los antipsicóticos. *Revista de bioética y derecho*, (20), 4-10.

Vicente, B, Saldivia, S, & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*, 22(1), 51-61

Villavicencio, Luis, & Zúñiga, A. (2015). La violencia de género como opresión estructural. *Revista chilena de derecho*, 42(2), 719-728.

Vivar, C. G., Arantzamendi, M., López Dicastillo, O., & Gordo, C. (2010). La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa en enfermería. *Index de Enfermería*, 19(4), 283-288.

ANEXOS:

Anexo 1: Informe de evaluación Comité de Ética de la Investigación



27-42/2018

INFORME DE EVALUACIÓN

I. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Título	Violencia de Género en Salud Mental: Representaciones y Prácticas de Resistencia, desde la perspectiva de mujeres Expertas por Experiencia.
Investigador(a) Responsable	Milenka Bosnich Mienert
Departamento	Sociología.
Adjudicado/ presentado a:	Memoria para optar al título de Socióloga.

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Esta investigación se plantea como objetivo general indagar en las representaciones y prácticas de resistencia en torno a la violencia de género en salud mental, desde la perspectiva de mujeres que poseen un discurso crítico respecto a su experiencia de psiquiatrización. A partir de dicha particularidad, se pretende investigar cómo dichas mujeres vivencian y tensionan sus experiencias de atención, diagnóstico y tratamiento en salud mental, qué tipo de conocimiento crean a partir de sus experiencias de psiquiatrización, qué representaciones tienen sobre la violencia de género en este ámbito, tanto en su dimensión de tratamientos y procedimientos como en su dimensión simbólica y cuáles son las prácticas y/o alternativas que han desarrollado o adoptado en respuesta a ello. Para la realización de la investigación se llevarán a cabo entrevistas semi-estructuradas y para el análisis se utilizarán los métodos de codificación de la Teoría Fundamentada, utilizando como herramienta el software Atlas.ti.

III. EVALUACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

El Comité de Ética de la Investigación ha evaluado los antecedentes presentados por la Investigadora Responsable (IR). El valor social, los objetivos de la investigación, su marco teórico y metodología, se consideran adecuados.

El Comité estima que el proyecto es de riesgo mayor que el mínimo, atendida la población en estudio y el tema investigado. Por ello la IR ha dispuesto un protocolo de contención que permita abordar situaciones de alta carga emocional durante las entrevistas y aminorar riesgos para las entrevistadas. Además, el Comité considera que la IR cautela en todo momento y mediante procedimientos adecuados los derechos de las participantes, incluido el resguardo de la confidencialidad y anonimato de la información producida.

Con respecto al conocimiento de los resultados, la IR compromete el envío de un informe final

1

de resultados a los participantes al correo electrónico que indiquen en la hoja de firmas.

Se ha revisado el formulario de Consentimiento y se considera que está redactado conforme a los estándares éticos y procedimentales establecidos. Se adjunta documento visado.

Por lo anteriormente expuesto, el Comité declara no tener reparos éticos con el proyecto, calificándolo como **aprobado**, dentro de las especificaciones del proyecto.



Prof. Dra. Sonia Pérez Tello
Vicepresidenta
Comité de Ética de la Investigación
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
Facultad de Ciencias Sociales
UNIVERSIDAD DE CHILE

Santiago, 23 de abril 2019.

Anexo 2: Protocolo de contención para entrevista

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN EMOCIONAL EN ENTREVISTAS

Título del Proyecto: “Violencia de Género en Salud Mental: Representaciones y Prácticas de Resistencia, desde la perspectiva de mujeres Expertas por Experiencia”. Al respecto, me permito señalar lo siguiente:

Investigadora Responsable (IR): Milenka Bosnich Mienert.

Procedimiento: Se realizará entrevista semiestructurada.

Detección de desestabilización emocional:

Durante la entrevista, la IR se compromete a dejar de lado sus opiniones y emociones para poder generar una escucha activa que evite interferir y generar juicios de valor acerca de las participantes y sus relatos.

Es posible que, durante el desarrollo de la entrevista, las participantes (en mayor o menor medida) puedan recordar y conectarse con situaciones negativas y/o traumáticas sobre sus experiencias como usuarias o ex usuarias de los servicios de salud mental, lo cual pudiera generar algún tipo de desestabilización emocional. Por ello, es que la IR, tomará los siguientes conceptos y medidas para poder llevar a cabo el proceso de investigación, generando un espacio de confianza y lo más seguro posible para las entrevistadas.

Los momentos de alta carga emocional serán identificados como la ruptura del ritmo de la entrevista respecto a temas que a las entrevistadas le generen tristeza o angustia. En relación a ello se considerará la posibilidad de desestabilización emocional cuando exista: llanto, silencio prolongado, inquietud motora y/o verbal, frustración, crisis de angustia, impotencia o cualquier otra manifestación que les impida continuar con su relato. Por lo que, si se observa una o más

de las condiciones descritas anteriormente, se procederá a aplicar el siguiente protocolo de contención:

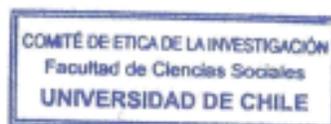
Protocolo de Contención Emocional:

- Se suspenderá inmediatamente la entrevista
- Se proporcionará a la entrevistada el espacio para favorecer la expresión de sus sentimientos en una atmósfera de respeto que le ofrezca seguridad y confianza, y que promueva, desde el primer momento, su contención.
- Se le ofrecerá a la entrevistada una botella de agua para beber, con el objetivo de ayudarla a salir del estado de intranquilidad en el que se encuentre.
- Una vez que la participante se sienta mejor, se procederá a dar por terminada la entrevista, agradeciéndole su colaboración.
- Si el grado de ansiedad es significativo, se hará un ejercicio de relajación de respiración.

Técnicas de contención de ansiedad:

1. Hacer contacto visual con la persona afectada para ubicarla en el presente y propiciar la sensación de compañía, para que perciba un ambiente seguro y de que hay alguien en quien puede confiar.
2. Se le pide que focalice únicamente su atención en su respiración y que comience a inhalar lenta y profundamente y luego de unos breves segundos que exhale lentamente por la boca.
3. Se le pide una y otra vez que focalice su atención en su respiración.
4. Lo anterior se repite hasta que recupere su tranquilidad.

Anexo 3: Consentimiento Informado para entrevista



Violencia de Género en Salud Mental: Representaciones y Prácticas de Resistencia, desde la perspectiva de mujeres Expertas por Experiencia

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitada a participar en la investigación: Violencia de Género en Salud Mental: Representaciones y Prácticas de Resistencia, desde la perspectiva de mujeres Expertas por Experiencia. Su objetivo es problematizar la relación entre género y salud mental, a partir de las representaciones y percepciones de mujeres que han tenido experiencias de atención, diagnóstico y tratamiento en salud mental, como también de las prácticas y/o alternativas que han desarrollado o adoptado en respuesta a los métodos o tratamientos tradicionales que promueven y utilizan los servicios de salud mental.

La investigadora responsable de este estudio es la tesista Milenka Bosnich Mienert de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. La investigación se enmarca en la Memoria para optar al título de Socióloga.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en responder una entrevista semiestructurada, es decir una entrevista que tiene algunas preguntas puntuales, pero que también busca escucharla/lo a usted en lo que considere es importante decir. La entrevista durará alrededor de 60 minutos, y abarcará varias preguntas sobre sus percepciones y experiencias de atención, diagnóstico y tratamiento en salud mental, junto con las prácticas y/o alternativas que ha adoptado respecto a dicha experiencia.

La entrevista será realizada en el lugar, día y hora que usted estime conveniente.

Para facilitar el análisis, esta entrevista será grabada. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento, y retomarla cuando quiera.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para visibilizar las desigualdades de género que se manifiestan en el ámbito de la salud mental.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán absolutamente confidenciales, y serán mantenidas en estricta reserva por la investigadora responsable de este estudio, toda la información que usted proporcionen y los datos producirán a partir de ello se mantendrán resguardados por tiempo indefinido con fines académicos, en el computador personal de la investigadora. Únicamente la investigadora responsable y la profesora guía de esta investigación tendrán acceso a dicha información. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular, a modo de proteger su identidad su nombre real será reemplazado por un nombre de fantasía.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, puede acceder tanto al texto completo, como a un resumen que será generado por la investigadora y será enviado a la dirección de correo electrónico que se le indique.

Si tiene alguna duda al respecto de lo anterior o de cualquier otro tipo, puede hacer ahora las preguntas que le parezcan necesarias y tiene derecho a exigir una respuesta. Si requiere



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
Facultad de Ciencias Sociales
UNIVERSIDAD DE CHILE

más información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a:

Milenka Bosnich Mienert. Investigadora Responsable del Proyecto.

Teléfonos: (9)73764274

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: milenkabosnich@gmail.com

Prof. Dra. Sonia Pérez

Vice-Presidenta Comité de Ética de la Investigación

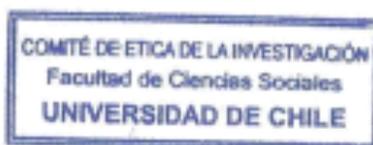
Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 2978 9726

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl



II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, acepto participar en el estudio: *Violencia de Género en Salud Mental: Representaciones y Prácticas de Resistencia*, desde la perspectiva de mujeres Expertas por Experiencia.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico participante para el envío de resultados:

Este documento consta de 4 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

Anexo 4: Pauta de Entrevista

Pauta de Entrevista

Ítem 1. Introducción:

Mi nombre es Milenka Bosnich Mienert, responsable de la presente investigación, que se enmarca en mi proyecto de memoria de título para la carrera de sociología de la Universidad de Chile. Antes de comenzar la entrevista, le entregaré y leeré el documento de consentimiento informado donde se clarifican los objetivos de la presente investigación como también la confidencialidad de su identidad como participante del estudio y de las opiniones y relatos que sean señalados en la presente entrevista, junto con otros elementos que le serán informados a continuación.

Ítem 2. Caracterización:

- 1- ¿Qué edad tiene?
- 2- ¿En qué ciudad vive?
- 3- ¿Cuál es/era su profesión/ocupación? ¿A qué se dedica actualmente?
- 4- ¿Qué sistema de salud tiene? (FONASA, ISAPRE)
- 5- ¿Participa en algún movimiento/colectivo/organización social? ¿En cuál? ¿Desde cuándo?

Ítem3. Representaciones en torno a la dimensión de tratamientos y procedimientos de la violencia de género en salud mental:

- 1- ¿Cuál fue su primera experiencia con los servicios de “salud mental”?

Sondear: ¿Cuáles fueron los motivos por los que acudió a algún servicio del sistema de salud mental?

- 2-**Según corresponda:** ¿Actualmente es usuaria del servicio/público privado de salud mental?

Sondear: ¿Cuáles son los motivos por los que es usuaria actualmente del servicio público/privado de salud mental?

3- **En el caso de que ya no sea usuaria de los servicios de salud mental:** ¿Cuál ha sido su última o más reciente experiencia en los servicios de salud mental?

4- ¿Cuáles han sido el o los “diagnósticos” y/o tratamientos que le han sido/fueron otorgados por el personal médico de dicho servicio? ¿Podría comentarme sobre el diagnóstico y/o tratamiento otorgado en su experiencia más reciente con los servicios de salud mental?

Sondear: ¿Se ha sentido vulnerada por algún tratamiento/procedimiento recetado/aplicado por el personal (psiquiatra) del servicio de salud mental al que ha acudido? ¿Ha tenido alguna experiencia de hospitalización en algún servicio/institución de salud mental?

5--¿Cómo percibe/percibió el trato que recibe/recibió por parte de el/los funcionarios(as) en los servicios de atención de salud mental?

Sondear: ¿Cuál es su percepción respecto a su experiencia con psiquiatras en los servicios de salud mental?

6- ¿Cuál es su percepción respecto a los fármacos psiquiátricos en base a su experiencia como usuaria o ex usuaria (**según corresponda**) de dichos medicamentos?

Sondear: **En el caso de que sea ex usuaria:**¿La suspensión del tratamiento farmacológico se debió a una decisión de carácter personal/individual o por alta médica?

7- ¿Cómo considera su experiencia de atención en salud mental, desde su posición como mujer? ¿Considera que las mujeres viven la experiencia de psiquiatrización de manera distinta a los hombres? ¿Por qué?

Ítem 4. Representaciones en torno a la dimensión simbólica de la violencia de género en salud mental:

1-En base a su propia experiencia: ¿Cuál es su percepción respecto a él o los diagnósticos médicos que le han sido otorgados en sus experiencias de atención en mental?

Sondear: ¿Se ha sentido discriminada por haber tenido un “diagnóstico psiquiátrico”? ¿Por quienes? ¿Ha sentido que sus denuncias o reclamos respecto a su experiencia en los servicios de salud mental han sido menospreciados o invalidados por el hecho de poseer un “diagnóstico psiquiátrico”?

2- ¿Considera que los profesionales de los servicios de salud mental hacen diferencias entre hombres y mujeres al momento de diagnosticar y/o prescribir tratamiento?

Sondear: ¿Considera que a las mujeres se les recetan mayor cantidad de psicofármacos que a los hombres en los servicios de salud mental?

3- En base a su propia experiencia: ¿Cuáles son los principales juicios u opiniones que se generan en torno a los problemas de salud mental?

Sondear: ¿Cómo cree usted que se vivencia el “estar loca” y ser mujer?

4- De acuerdo con los resultados del módulo de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2016-2017, las mujeres tendrían una mayor prevalencia a desarrollar problemas de salud mental que los hombres ¿Por qué cree usted que las mujeres tendrían mayores problemas de salud mental que los hombres en nuestro país?

Sondear: ¿Considera que existe algún vínculo entre ser mujer y tener problemas de salud mental? ¿Cómo lo ha vivenciado usted?

Ítem 5: Prácticas de resistencia

1-**Si participa en una organización preguntar:** ¿Me podría contar cómo ha sido su experiencia en la organización/colectivo/movimiento en el que participa? ¿Cuáles considera usted que han sido los principales aprendizajes o las principales herramientas que le ha traído su participación?

2- ¿Ha cambiado su forma de pensar y entender los problemas de salud mental desde que participa en la organización/colectivo/movimiento (señalar el nombre que corresponda)? ¿Cómo lo ha relacionado con su propia experiencia?

Sondear: ¿Ha cambiado sus percepciones sobre la salud mental, los diagnósticos psiquiátricos y/o los tratamientos desde que entró a la organización? ¿Cómo ha cambiado su percepción sobre la relación entre género y salud mental desde que entró a la organización?

3- ¿Cuáles son las estrategias o alternativas que desarrolló o ha desarrollado para afrontar los problemas de salud mental en su vida?

Sondear: ¿Qué cambios ha implementado en relación con su salud mental en la actualidad (Dejar de consumir psicofármacos, Terapias alternativas, Cambios en el estilo de vida, etc.)?

4-**Si participa en una organización preguntar:** ¿En qué medida su participación en la organización/colectivo/organización (señalar el nombre que corresponda) ha tenido importancia o ha influido en las alternativas que ha desarrollado para afrontar los problemas de salud mental en su vida?

5- ¿Considera que en la organización/colectivo/movimiento en que participa existen instancias o se han desarrollado alternativas para afrontar los problemas de salud mental de las personas que participan?

6- ¿Considera usted que existen alternativas distintas a las que ofrecen las instituciones de salud mental para comprender y abordar los problemas de salud mental? ¿Cuáles?

7- ¿Le gustaría agregar algo que no hayamos hablado y que le parezca importante?