

# REPENSANDO EL MALESTAR DE LAS MUJERES Y LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DESDE UNA MIRADA DESCOLONIAL: APORTES A UNA PRÁCTICA ANTIRRACISTA<sup>1</sup>

## RETHINKING WOMEN'S DISCOMFORT AND PSYCHIATRIC CARE FROM A DECOLONIAL PERSPECTIVE: CONTRIBUTIONS TO AN ANTIRACIST PRACTICE

SUSANA BEATRIZ SOLIS-GOMEZ<sup>2</sup>

### Author / Autora:

Susana Beatriz Solis-Gomez  
Universidad de Granada, Granada, España  
[susanabsgomez@correo.ugr.es](mailto:susanabsgomez@correo.ugr.es)  
<https://orcid.org/0000-0002-3008-4028>

Submitted / Recibido: 15/09/2022  
Accepted / Aceptado: 07/12/2022

### To cite this article / Para citar este artículo:

Solis-Gomez, S., B. (2023). Repensando el malestar de las mujeres y la atención psiquiátrica desde una mirada decolonial: aportes a una práctica antirracista. *Feminismo/s*, 42, 441-468. Women, data and power. Insights into the platform economy [Monographic dossier]. Miren Gutiérrez (Coord.). <https://doi.org/10.14198/fem.2023.42.16>

### Licence / Licencia:

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International.



© Susana Beatriz Solis-Gomez

### Resumen

La premisa de este artículo guarda relación con la idea de que los estudios feministas que han abordado el vínculo de las mujeres con la disciplina Psiquiátrica y han analizado la emergencia de malestares y/o sufrimiento psíquico en estas, lo han hecho desde un marco de análisis centrado en el contexto occidental-moderno. Ello ha hecho que se pase por alto el análisis del fenómeno en el caso de las mujeres cuyas vivencias no responden, o al menos no del todo, a la lógica eurocentrada, como es la situación de aquellas que pertenecen a Pueblos Afrodescendientes y Pueblos

1. Agradecimientos a: Dra. Ana María Távora Rivero, María Belén Tapia De la Fuente y Juan Alejandro Henríquez por sus observaciones y sugerencias al borrador de este artículo.
2. Este trabajo ha sido financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo. Subdirección de Capital Humano. Beca de estudios de Doctorado en el Extranjero/2020-72210536. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, Gobierno de Chile.

Originarios o Primeras Naciones. Ante esto, se sostiene que una perspectiva decolonial permite situarse críticamente ante la Psiquiatría en su entrecruzamiento con el racismo, haciendo visibles, por un lado, las ideas y prácticas psiquiátricas y la afectación específica de estas a las poblaciones no occidentales, y por otro, dando cuenta de la relación entre las condiciones estructurales, cruzadas por la colonialidad, y la emergencia de malestares. Aparte de ello, posibilita lograr un análisis en términos epistemológicos que da cuenta de los efectos particulares de la Psiquiatría como paradigma médico en los Pueblos que se distancian de las lógicas eurocentradas. El artículo presenta, primeramente, un recorrido por los principales aportes feministas a este ámbito, para luego describir, sintéticamente, el desarrollo de la práctica psiquiátrica, dando lugar, en una tercera parte, a la aplicación de un análisis decolonial de los elementos descritos. Se culmina con la presentación de aportes a una práctica antirracista en el ámbito de la salud mental.

**Palabras clave:** feminismo; decolonial; Psiquiatría; malestares; antirracismo; salud mental.

### **Abstract**

The premise of this article is related to the fact that feminist studies that have been focused on women and their relationship with psychiatry and the emergence of psychic discomfort or suffering, have done from a framework of analysis focused on the western-modern context. This has led to overlooking the analysis of the phenomenon in the case of women whose experiences do not correspond, or at least not entirely, to the Eurocentric logic, such as the situation of those who belong to afro-descended people and indigenous or first nations **people**. Given this, it is argued that a decolonial perspective allows us to critically situate ourselves before Psychiatry in its intertwining with racism making visible, on the one hand, psychiatric ideas and practices and the specific affectation of these to non western population, and, on the other, accounting for the relationship between structural conditions, crossed by the coloniality, and the emergence of discomforts. Apart from this, it makes it possible to achieve an analysis in epistemological terms that accounts for the particular effects of Psychiatry as a medical paradigm in the people who distance themselves from the Eurocentric logics. The article culminates with the presentation of contributions to an antiracist practice in the field of mental health. The article presents, first, a tour of the main feminist contributions to this field, to then describe, synthetically, the development of psychiatric practice, giving way, in a third part, to the application of a decolonial analysis of the elements described. It ends with the presentation of contributions to anti racist practice in the field of mental health.

**Keywords:** feminism; decolonial; Psychiatry; discomfort; antiracism; mental health.

## 1. INTRODUCCIÓN

Los estudios feministas han venido elaborando una serie de críticas y contribuciones para pensar la relación de las mujeres con la psiquiatría, revelando aspectos como la atribución de determinados diagnósticos, la prescripción diferenciada de psicofármacos y la desatención de los contextos sociales, políticos y económicos en donde surge el malestar.

Específicamente sobre el primer punto, se ha trabajado en el análisis de los discursos y prácticas científicas, visibilizando su ideología sexista (Jiménez y Ruiz, 1999). A este respecto, Caponi (2019) ha examinado cómo los discursos médicos elaborados en el siglo XIX e inicios del XX se centraron en argumentar la inferioridad de las mujeres según sus características anatómicas, contribuyendo las teorías evolutivas y de la degeneración a construir a las mujeres como infantiles y cercanas a lo patológico (Jiménez y Ruiz, 1999). Particularmente, esta última usó la categoría de *degenerada* para patologizar a aquellas mujeres que deseaban carreras intelectuales, se manifestaban en contra del orden patriarcal establecido y/o abandonaban los roles que se les imponían, entre otras situaciones (Caponi, 2019).

Así también, estas contribuciones refieren que diagnósticos como los de histeria y neurastenia funcionaron como una estrategia disciplinaria del orden de género imperante. En el primer caso, el diagnóstico se atribuyó a las mujeres consideradas difíciles, narcisistas, egocéntricas (Ussher, 2013), tales como aquellas que expresaban su sexualidad y erotismo (Arreola Martínez, 2011), mientras que el segundo fue sobre todo asociado a mujeres solteras. En ambos casos, las causas estaban vinculadas a cuestiones biológicas, como los ovarios y la menstruación (Jiménez y Ruiz, 1999).

Tanto este proceso natural como «la gestación, el puerperio y la menopausia» (Jiménez y Ruiz, 1999, p.197) fueron apuntados como el origen de la emergencia de la locura. Si bien en un momento posterior se adoptaron las denominadas teorías psicógenas, estas también explicaron la enfermedad mental como resultado de tener «una imaginación excesiva, contrariedades amorosas o emotivas» (Jiménez y Ruiz, 1999, p.198), patologizando tanto la cercanía como la lejanía con el estereotipo de género imperante (Chesler, 2005).

Esta función normativa y disciplinaria también puede observarse a partir del análisis del manicomio, en el cual autoras como Molinari (2005) y García Díaz y Jiménez Lucena (2010) refieren que este espacio tuvo como propósito la reconducción de los comportamientos, configurándose la psiquiatría como una «tecnología de coerción» (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010, p. 134). Así, se ha mostrado que las mujeres eran encerradas generalmente a solicitud de padres, hermanos y/o parejas por expresar conductas desacordes con las expectativas de género predominantes, estando, además, sometidas a un conjunto de dinámicas opresivas intramanicomiales, tales como la realización de tareas domésticas de «planchado, bordado, lavandería» (García-Díaz, 2020, p. 533) y/o el cuidado de otras internas.

En cuanto al diagnóstico, como señala Swartz (2013), si bien este puede ser útil en cuanto a dar un sentido de orden y de organización a los fenómenos observados por parte de la disciplina psiquiátrica, también puede funcionar como una herramienta que oculta las condiciones que dan lugar a problemas sociales complejos y afectan la vida de las mujeres.

De igual forma, se han puesto en cuestión determinados criterios utilizados para la formulación de las categorías, dando cuenta de la existencia de diferentes sesgos de género. En esta línea, Marcie Kaplan (1983) explicaba que la tercera versión del DSM había sido escrita por una mayoría de hombres que aplicaban patrones estereotípicos de género al momento de elaborar las categorías diagnósticas, lo que daba como resultado que las mujeres tuvieran una mayor probabilidad de ser patologizadas con rasgos de personalidad *histriónica* o *dependiente*. Lo anterior también puede verse dentro de los instrumentos utilizados en el ámbito de la psicometría, donde, por ejemplo, se presume que el sesgo en su construcción podría explicar la alta cantidad de mujeres diagnosticadas como *depresivas* (Bacigalupe et al., 2020).

También en torno al diagnóstico, los movimientos e investigadoras/es feministas han problematizado la patologización de procesos naturales y/o de reacciones esperables ante situaciones opresivas o violentas. Un ejemplo vendría a ser la construcción del *Síndrome Premenstrual* en los años ochenta, que obedece, según García Dauder y Pérez Sedeño (2017), a una retransformación de lo que anteriormente se denominó histeria. Sobre ello, si bien no es menos cierto que el período previo a la menstruación puede ocasionar determinadas molestias, estas pueden comprenderse en el marco

del contexto social en el que se desenvuelven las mujeres, donde la presencia de factores estresantes ayudan a la aparición de los *síntomas* (Ussher, 2003).

Adicionalmente, este campo de estudios también ha contribuido a reconocer la relación que existe entre ciertos diagnósticos y las experiencias de violencia sexual, dando cuenta de una función biomédica que tiende a psicologizar el sufrimiento que las mujeres presentan como respuesta natural a un hecho traumático. Uno de estos casos es el del Trastorno Límite de la Personalidad, diagnosticado en más de un 70% a mujeres y que Ruiz y Vairo (2008) vinculan con experiencias de trauma sexual. Lo mismo sucede si se revisan los diagnósticos de Estrés Post Traumático y de Trastorno Disociativo (Chu y Bowman, 2000; MacDonald, 2018). Sobre este último, Dio Bleichmar (1993) ha sostenido que muchas veces la disociación es una respuesta que permite continuar el vínculo con quien cometió el abuso.

El contexto referido es la antesala explicativa de la prescripción diferenciada de psicofármacos hacia las mujeres. Como han registrado Bacigalupe et al. (2020), aun cuando estas reporten síntomas similares y recurran a la misma cantidad de consultas que los varones, recibirán incluso el doble de fármacos. Se suma a ello que dado que los fármacos que se recetan son principalmente del grupo de las benzodiacepinas (Burín et al., 1991), hay una probabilidad mayor de generar dependencia y síntomas de abstinencia agudos en caso de hacer el retiro sin supervisión médica (Gotzsche, 2020; Moncrieff, 2013).

Por otra parte, los estudios feministas han puesto de manifiesto que los malestares y sufrimientos psíquicos en las mujeres surgen como resultado de una organización socio política y cultural patriarcal que las reviste de mayor vulnerabilidad y exposición a factores de violencia y opresión. Como menciona Añón (2020), la construcción del sistema sexo-género se posiciona como una estructura central que da lugar a distintas expresiones de discriminación y de subordinación con la consecuencia de generar malestar. En esta línea se enmarcan textos emblemáticos como el de Betty Friedan (2017), psicóloga humanista, quien en la década de 1960 puso de manifiesto la existencia del «problema que no tiene nombre» para referirse al malestar que las mujeres blancas, casadas y de clase media experimentaban como resultado de los roles, estereotipos y expectativas que recaían sobre ellas en el contexto estadounidense de los EEUU.

En concordancia con lo señalado, Gove y Tudor (1979) advirtieron tempranamente acerca de la relación entre los roles de género adoptados por hombres y mujeres y la aparición del sufrimiento psíquico, indicando que las tareas y roles asignados desigualmente a estas últimas las hacía más susceptibles de presentar síntomas que posteriormente eran categorizados como *enfermedades mentales*. Indagaciones más recientes, en tanto, hablan directamente sobre *malestares de género* para hacer referencia al sufrimiento psíquico que surge en hombres y mujeres, en el sentido de que muchas veces estos responderían a las normas de género binarias en que se han socializado, lo que para el caso específico de las mujeres resulta en malestares que se expresan en relación con la subordinación, la pasividad y el sufrimiento internalizado (Pujal i Llombart et al., 2020).

En el mismo sentido, pero incorporando factores relativos a la clase y la edad, también se ha rastreado que las mujeres que ejercen labores de cuidado han expresado un mayor impacto negativo en su salud mental, refiriendo sentimientos de depresión y ansiedad (García Calvente et al., 2004) lo que da cuenta de que la producción de malestar se encuentra cruzada de manera importante por la clase. En síntesis, el sufrimiento y/o malestar de las mujeres puede comprenderse como un producto de carácter social (Busfield, 1988) y no como resultado de características o procesos *internos*, como ha venido proclamando la perspectiva imperante desde la psiquiatría biológica.

No obstante, aun siendo estas contribuciones fundamentales, los desarrollos feministas han centrado su atención en las mujeres habitantes de Europa y Estados Unidos y, si bien en algunos casos han destacado las diferencias de clase y edad en sus indagaciones, estas han tenido generalmente como protagonistas a mujeres blancas en contextos occidentales.

Así, la producción de conocimientos se ha asentado en la categoría género como un eje universal, único y ahistórico de la experiencia, cuestión que ha sido criticada desde los estudios feministas descoloniales. En palabras de Yuderky Espinosa (2014), «Las teorías y las críticas feministas blancas terminan produciendo conceptos y explicaciones ajenas a la actuación histórica del racismo y la colonialidad como algo importante en la opresión de la mayor parte de las mujeres» (p. 9).

Sobre la temática de este artículo, bell hooks (2020) ya había advertido sobre cómo la denuncia de Friedan acerca del malestar de las mujeres

representaba solo a un grupo de estas: «blancas casadas, con educación universitaria, de clase media y alta, con capacidad de consumo, que querían algo más de la vida» (pp. 27-28). La misma autora sugería que al contrario de las protagonistas del análisis que realizaba Friedan, en vez de estar preocupadas por una vida monótona dentro de sus hogares, «la mayoría de las mujeres estaban preocupadas por la supervivencia económica, por la discriminación étnica y racial» (p. 29).

Sobre ello y a modo de referencia histórica, cabe señalar la situación de las mujeres racializadas en Ciudad del Cabo (Swartz, 1995). Allí, los antecedentes refieren que la psiquiatría ejerció un rol racista, operando de forma segregada y, por ende, diferenciada en cuanto al malestar expresado por la población africana, donde se negaba la comprensión de las circunstancias que les hacían demandar atención, haciendo invisible la precarización económica y social en la que se encontraban las poblaciones afectadas por el proceso colonial. Además, por medio del argumento en la teoría evolucionista y de la degeneración, se reprodujo el reforzamiento de la hegemonía blanca, cuestión que en gran medida afectó a las mujeres racializadas.

Sin embargo, análisis como los anteriores son escasos, quedando estas experiencias a un costado, invisibles, y al parecer, dentro de los discursos como los referidos. Por esta razón, si bien existe una gran cantidad de indagaciones e insumos sobre la politización del malestar desde la perspectiva de género y desde las miradas críticas acerca de la psiquiatría como una disciplina androcéntrica, estas ahondan escasamente en el análisis de la situación de las mujeres que no habitan y/o no pertenecen a los territorios occidentales-modernos, como las ya mencionadas.

Esto demanda especial atención, ya que las vivencias de estas mujeres están imbuidas de elementos sociales, culturales, políticos y económicos específicos, estando la relación con la psiquiatría cruzada por elementos racistas, lo cual da forma a violencias y opresiones específicas. Por otro lado, las condiciones que tejen el surgimiento de sus malestares, como ya ha sido dicho, tienen un vínculo estrecho con los procesos de colonización y reacomodación colonial.

Bajo este panorama, me dispongo a trazar, primeramente, una breve síntesis crítica sobre la conformación de la psiquiatría como disciplina científica, la que posibilitará comprender los procesos de formulación del

diagnóstico psiquiátrico y los argumentos en torno a la prescripción de fármacos, para luego incorporar aquellos aportes que visibilizan la presencia de elementos racistas en su ideología y práctica médica. En un segundo momento, refiero cómo una estructura patriarcal, colonial y capitalista afecta de manera diferenciada a las mujeres que forman parte de Pueblos Originarios y Afrodescendientes, provocando el surgimiento de malestares que van más allá de su relación con el género como único factor de opresión.

## 2. APROXIMACIONES CRÍTICAS AL MODELO PSIQUIÁTRICO HEGEMÓNICO

Burstow (2015) refiere que, en el mundo occidental, la locura ha sido abordada desde dos frentes; uno que la ha considerado como una expresión de un evento sobrenatural, generada por energías y/o espíritus, y otro que la ha interpretado como un fenómeno o desajuste individual. Siguiendo esta segunda interpretación, Foucault (2007) planteó que durante la Edad Media y el Renacimiento la locura era vista como una condición que debía ser erradicada, por lo que se aplicaban medidas estratégicas como la expulsión, el destierro o la tortura. En ese momento histórico los Hospicios no ocupaban gran protagonismo como espacios de internación, habiendo apenas treinta *pacientes* en la institución de Bethlen, tal como documenta Burstow (2015) para el caso de Inglaterra.

Este contexto cambiará posteriormente, obedeciendo a una transformación paradigmática advenida en el siglo XVII. Es en este momento cuando tiene lugar el nacimiento de los asilos, que vendrán a representar la expresión de una sociedad civilizada e ilustrada que demostraba que podía hacerse cargo de sus *locos* utilizando los conocimientos y las herramientas de las que les proveía la ciencia para llevar adelante la tarea (Novella, 2008, en Sacristán, 2009). La *razón*, entonces, se configura como un eje primordial de la experiencia social (Cipriano, 2018).

En este momento histórico, una de las estrategias más conocidas para restituir la *racionalidad* consistía en aplicar un tratamiento o gestión moral, utilizando el aislamiento, la observación, la vigilancia y la intervención constante del comportamiento por parte médica (Burstow, 2015). El máxime representante de este movimiento será Philippe Pinel (Ferreirós, 2007) y



aunque a sus innovaciones propuestas para el tratamiento del alienado se les suele atribuir un cariz humanista, Cipriano (2018) refiere que sus ideas no significaron necesariamente el cambio de un enfoque hostil y orientado a la violencia, ya que frecuentemente se utilizaban prácticas coercitivas como camisas de fuerza, sujeciones con correas y punciones. Para Burstow (2015), en tanto, todas estas intervenciones suponían un ejercicio de poder patriarcal, al colocar al médico en un lugar jerárquico de poder que tutoriza, corrige y/o valida lo que hace o no deja de hacer el interno.

Con los aportes de Esquirol, discípulo de Pinel, las prácticas manicomiales comienzan a dotarse de un sentido científico-técnico, por lo que se integran nosologías médicas y cuerpos profesionales, disponiendo el asilo como el dispositivo institucional de la rama de especialización (Sacristán, 2009). En este camino se irán instalando nuevas perspectivas en torno a la *enfermedad mental* lo que preparará las condiciones para el surgimiento de los criterios diagnósticos y de nuevas formas de intervención.

En este contexto también tendrá su mayor auge la frenología, pseudociencia desarrollada a fines del siglo XVIII (Porter, 2003), que defendía el supuesto de que el cerebro estaba compuesto por diferentes estructuras que, de estar bien desarrolladas, se corresponderían con facultades óptimas (Bosch Fiol y Ferrer Pérez, 2003). Igualmente, las características fenotípicas tales como la forma y tamaño de ojos, nariz, boca y frente, se convirtieron en un parámetro para medir la inferioridad/superioridad de las personas, afectando principalmente a las mujeres y a las poblaciones no europeas. En una clara impronta racista, se atribuirán cualidades de agresividad, deshonestidad y/o criminalidad, entre otras, a colectivos afrodescendientes y pertenecientes a Pueblos Originarios (Cabrera-Guillén, 2019).

A este respecto, y siguiendo los desarrollos de Griesinger, quien dirá que la enfermedad mental es siempre una enfermedad de raíz cerebral (Porter, 2003), Virchow proclamará que la ciencia médica tiene la necesidad de que toda patología sea verificada en su causa orgánica, por lo que, en sintonía con los avances de la intervención en cadáveres y de la medicina anatomoclínica (Ravanel y Aurenque, 2018), la psiquiatría emprenderá la búsqueda de las causas cerebrales del padecimiento. Como recuerda Huertas (2016) aun si no se encontraban lesiones que pudieran asociarse al malestar, estas eran atribuidas igualmente al diagnóstico, esperando que pudiesen comprobarse

en algún momento. Este entendido dará lugar, en las primeras décadas del siglo XX, a una serie de mecanismos de intervención física para *aplacar* el malestar mental, tales como la malarioterapia y la inoculación de otras sustancias para provocar fiebres altas, las que, se creía, podían mejorar el estado de las personas (Golcman, 2017; Tourney, 1967). Posteriormente, se usará el shock insulínico, el cardiazol y la cirugía cerebral por medio de la lobotomía (Araya y Leyton, 2009; Baran et al., 2008; Golcman, 2017; Jiménez-Ponce et al., 2006).

Otro de los hitos relevantes tendrá que ver con Emil Kraepelin, psiquiatra alemán cuya obra se ubica a fines del siglo XIX e inicios del XX. Este dará curso a su «Compendio de la Psiquiatría», uno de los primeros intentos por elaborar una clasificación diagnóstica. Para llevar adelante su labor, Kraepelin comenzó a aunar observaciones sobre los *síntomas* que veía en sus pacientes, agrupándolos en clasificaciones, las que a su vez ordenó según diferentes criterios. En esa tarea, según Caponi y Martínez-Hernández (2013), se pondrá énfasis en el síntoma y en su duración, dejando desplazadas la etiología y la explicación anatómica, además de desconsiderar la narrativa y contexto de la persona. El precedente que sentó Kraepelin fue fundamental para la formulación de categorías diagnósticas psiquiátricas más tarde, lo que tomará forma en la elaboración del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en adelante DSM, cuya primera versión se tuvo en 1952.

Al respecto, cabe mencionar que las versiones I y II del DSM fueron hechas desde una visión más cercana a lo biopsicosocial debido a la influencia del psicoanálisis de la época y del psiquiatra Adolf Meyer, quien daba énfasis al contexto y a la historia de vida de cada paciente (Caponi, 2014). Sin embargo, la tercera edición, surgida en 1980, contó con la aplicación de una perspectiva neo-kraepeliniana (Double, 2005). De esta manera, aunque Kraepelin muere en 1926, explica Caponi (2014), sus desarrollos se retomarán casi cien años después de haber sido propuestos, siendo la base para construir el DSM III bajo los principios explicativos de la «herencia mórbida y la localización cerebral» (p. 158). Así, se seguirá dejando a un lado el contexto y la experiencia del paciente, privilegiándose la idea de la causa orgánica y de la herencia familiar.

En términos contextuales, el surgimiento del DSM III se da en un período de fuerte cuestionamiento a la psiquiatría debido a que los movimientos

feministas, de la disidencia sexual y de la antipsiquiatría se encontraban denunciando su función normativa (Caponi, 2014). Ante las críticas que hacían tambalear el supuesto científico de la misma, Robert Spitzer, director del grupo que trabajaba en la tercera versión del Manual, procuró que los criterios diagnósticos fuesen claramente definidos, teniendo como propósito producir una clasificación que tuviera amplia aceptación y se basara en los procedimientos que otras ramas médicas utilizaban ante enfermedades de carácter biológico, al margen de cualquier elemento psicoanalítico o sociológico que pudiera hacer discutible su cualidad científica (Caponi, 2014). Así «organizó los síntomas en entidades de enfermedad discretas, con la expectativa de que las bases orgánicas de estas se descubrirían» en algún momento futuro (Moncrieff, 2014, p. 257). Aunque esto último no ha sucedido, esta perspectiva es la que continúa primando en las sucesivas versiones del DSM, que ya va en su quinta edición.

Como bien indican Caponi y Martínez-Hernández (2013) y siguiendo los antecedentes expuestos, hay que interpretar la emergencia de la psiquiatría a la luz de una época en que el resto de las disciplinas médicas comienza a ejercer presión sobre la misma para que se conforme según los criterios científicos imperantes. Lo anterior «se presenta como una exigencia epistemológica para garantizar validez y fiabilidad de una psiquiatría que quiere presentarse al mundo como científica y objetiva, tanto como cualquier otra rama de la medicina» (Caponi y Martínez-Hernández, 2013, p.486).

Además de ilustrar sucintamente algunos de los hitos respecto de la emergencia de la psiquiatría como disciplina médica, los desarrollos que se han instalado hasta aquí también sirven para comprender los aspectos que articulan la práctica psiquiátrica contemporánea. Así, permiten entender la preponderancia que ocupa en el discurso psiquiátrico actual la idea del desequilibrio químico como causante del malestar, aunque no existan pruebas científicas concluyentes que den cuenta de lo anterior.

Sobre esto último, son varios los autores y autoras (Gotzsche, 2020; Moncrieff, 2013; Whitaker, 2017) quienes han sugerido que la idea de que los fármacos psiquiátricos sean *correctores* de desequilibrios químicos es una premisa incorrecta. Sobre ello, Moncrieff (2013) sostiene que lo adecuado sería hablar de la existencia de un modelo centrado en el fármaco que dé a entender que son los medicamentos los que modifican la sintomatología,

pero no porque *corrijan* un defecto orgánico, sino porque más bien producen un estado biológico de carácter alterado.

Mantener viva la hipótesis del desequilibrio químico refuerza el vínculo entre la industria farmacéutica y la disciplina psiquiátrica, dando forma a lo que Cipriano (2018) denomina «manicomio químico». En consecuencia, los niveles de medicalización de las poblaciones suben exponencialmente año a año (Whitaker, 2017), mientras que las opresiones y violencias estructurales continúan reproduciéndose y afectando la vida de los grupos más afectados por la vulnerabilidad estructural (Ribotta, 2020).

Al respecto, incluso Alen Frances (2014), miembro del equipo directivo que redactó el DSM III y parte del grupo de trabajo del DSM IV, ha advertido que a partir de la quinta edición del DSM se ha potenciado la creación de nuevos diagnósticos, patologizando problemáticas de la vida cotidiana, donde se «transformarían la ansiedad, la excentricidad, los olvidos y los malos hábitos alimenticios cotidianos en trastornos mentales» (p. 14). Esta situación se vuelve aún más alarmante si se tiene presente que la psiquiatría se basa en un paradigma que *per se* tiende a indagar en la *patología*, por lo que su modelo de atención se reduce a *identificar* el síntoma y hacerlo consonante con la categoría diagnóstica sin más propósito (Burstow, 2015).

Profundizando en el diagnóstico psiquiátrico, Moncrieff (2010) también agrega que este resulta problemático porque su construcción obedece a contingencias sociales, morales y contextuales según las que se juzga el comportamiento de una persona, por lo que se encuentra muy lejos de ser un producto médico. Así, destaca, «Todo comportamiento tiene un contexto, y es la interacción entre el comportamiento y el contexto la que determina si el comportamiento es problemático o no» (Moncrieff, 2014, p. 258).

A la luz de estos desarrollos, como tempranamente comentó David Ingleby (1982), la objetividad de la Psiquiatría no es tal, sino que, como todo conocimiento, es parcial y está sujeto al contexto, por lo que es una producción social. En el mismo sentido, como indican Thomas y Bracken (2004) las miradas acerca de la locura están determinadas por sistemas filosóficos, los que a su vez responden a determinantes morales y políticas. El malestar psíquico, por ende, «siempre tendrá dimensiones psicológicas, sociales, políticas, económicas, culturales y espirituales» (Middleton, 2007, p. 41).

Aun existiendo estas diferentes contribuciones teóricas críticas con el Modelo Psiquiátrico, hoy en día se asiste a un auge del «Movimiento para la Salud Mental Global», que pregona que la *salud mental* es una responsabilidad que recae exclusivamente en el ámbito psiquiátrico y psicológico, elaborando discursos que refieren que los esfuerzos deben dirigirse a abrir la posibilidad de acceso a los servicios de salud a toda la población, sin cuestionar el paradigma desde donde se han constituido las disciplinas psi (Bemme y D'Souza, 2015).

En este contexto, y como se ha adelantado, los desarrollos de los estudios feministas en el área han contribuido a dar visibilidad a los patrones y sesgos androcéntricos en la práctica y discurso psiquiátrico, revelando el rol patriarcal de estos últimos. No obstante, en estos últimos se pasan por alto los patrones racistas que tienen lugar en la atención psiquiátrica y los elementos involucrados en la emergencia de los malestares de las «otras mujeres», aquellas que, como mencioné, que no responden a los cánones blancos imperantes. Para estas y sus comunidades, la expansión de la psiquiatría y de la industria farmacéutica cobra otro tipo de implicancias, las que se revisarán a continuación.

### 3. PSIQUIATRÍA, RACISMO Y COLONIALIDAD: MÁS ALLÁ DEL GÉNERO

A juicio de Thomas (2014) el pensamiento occidental ha tendido a construir la idea de una única humanidad, cimentada alrededor del ideal blanco como sinónimo de pureza y jerarquía. De esta manera, y siguiendo a Harding (2015) en la idea de que sociedad y ciencia se co-producen, los imperativos relacionados con la hegemonía de las comunidades blancas han dado lugar a un conjunto de teorías científicas, que desde inicios del siglo XVIII se dedicaron a argumentar las diferencias supuestamente biológicas entre los grupos racializados (Thomas, 2014). Características cerebrales, intelectuales y culturales eran así explicadas a través de desarrollos supuestamente científicos que colocaban en una situación desventajosa a las poblaciones no blancas.

Lejos de ser una situación puntual expresada en el ámbito científico, estas ideas y prácticas responden a un imaginario que se ha construido en base a la reformulación del colonialismo, lo que se ha denominado como

colonialidad. En este sentido, colonialismo y colonialidad son dos conceptos diferenciados que, aún en relación, apuntan a cuestiones distintas. En consecuencia, con colonialismo se hace referencia a la instalación de la soberanía de un pueblo y/o nación sobre otro, imponiéndose una relación en términos políticos y económicos (Maldonado, 2008), situación que se produjo en 1492, momento en que Latinoamérica es sometida a un vínculo de poder jerárquico por parte de Europa, cuestión que se replicó con las comunidades africanas. Dice Lander (2000) que con el colonialismo de Latinoamérica/Abya Yala no solo se inicia una organización colonial del mundo, sino también la «constitución colonial de los saberes, de los lenguajes, de la memoria y del imaginario» (p. 16).

La colonialidad, en tanto, si bien surge a raíz del colonialismo, se refiere particularmente a un patrón de poder que excede a una relación de jerarquía entre dos pueblos y/o naciones, y que más bien tiene que ver con «la forma en cómo el trabajo, el conocimiento, la autoridad y las relaciones intersubjetivas se articulan entre sí a través del mercado capitalista mundial y la idea de raza» (Maldonado, 2008, p. 131). Quijano (2007) explica la colonialidad del poder como:

[...] uno de los elementos constitutivos del patrón global de poder capitalista. Se funda en la clasificación racial/étnica de la población del mundo como patrón angular de dicho poder, y opera en cada uno de los planos, ámbitos y dimensiones materiales y subjetivas de la existencia cotidiana y a escala social. (como se citó en Quintero, 2010, p. 7)

La colonialidad del poder actúa en base a una lógica eurocentrada, según la cual la experiencia de Europa se autoimpone como «patrón de referencia superior y universal» (Edgardo Lander, 2000, p. 23). Bajo este alero tiene lugar el racismo, que, como expresó Frantz Fanon, opera por medio de una separación de la población mundial, la que queda dividida por encima y por debajo de la línea de lo humano (Grosfoguel, 2011). De esta forma, a quienes se encuentran por debajo de la línea de lo humano no se les reconoce en términos de su humanidad, sino que se les cuestiona su status como sujetos de derecho.

Así también, como afirma Thomas (2014) «el pensamiento occidental se ha preocupado, desde el cristianismo, por la idea del origen único de la humanidad, y también por la idea de pureza que significa la blancura» (p.

98). Allí esta última es sinónimo de lo racional, civilizado y ordenado, mientras que las poblaciones no blancas y/o no occidentales quedan relegadas a lo irracional, lo desordenado y/o bárbarico (Thomas, 2014). Desde este lente racista y en articulación con las demandas sociales, políticas y económicas de determinadas épocas históricas, las comunidades producidas como *no humanas* han vivido diferentes tipos de opresión y violencia por parte de la disciplina psiquiátrica. A modo de antecedente, se puede observar el conjunto de ideas y argumentos que apuntaban a fundamentar *objetivamente* la esclavización de las poblaciones afrodescendientes a fines del siglo XIX en Estados Unidos, cuestión que no perseguía otro interés que el de restar importancia a las demandas abolicionistas debido a la pérdida económica que significaría para quienes se beneficiaban de la misma (Thomas, 2014).

En este período se acuñó el término *drapetomanía* de la mano del médico Samuel Catwright, el que funcionó a modo de diagnóstico psiquiátrico para darle cariz de *padecimiento mental* a la intención obvia y esperable de las comunidades de liberarse del sistema de esclavitud. Inclusive, por parte de la elite de la época, se llevó adelante un censo que arrojó la existencia de mayor presencia de *enfermedades mentales* en la población afrodescendiente, lo que fue utilizado para justificar la esclavitud como una institución *benigna* que otorgaba protección (Melvin et al., 1970). A juicio de Thomas (2014) una persona negra que estaba escapando de la experiencia *civilizadora del amo* era construido como un loco que actuaba irracionalmente.

Si bien estos antecedentes se sitúan en los fines del siglo XIX e inicios del siglo XX, Melvin et al. (1970), Fernando (2003) y Thomas (2014) mencionan que la psiquiatría contiene un patrón estructural de racismo que continúa vigente, donde actúan en conjunto el poder psiquiátrico (Foucault, 2005) y el poder racial. De esta forma, si bien la esclavitud como tal fue abolida a inicios del siglo XX, puede decirse que los mecanismos racistas de control y patologización de la población afrodescendiente fueron incorporados dentro de las instituciones de salud y justicia, persistiendo hasta ahora.

En este último sentido, en los servicios de atención psiquiátrica se ha sostenido una mirada estereotipada hacia las personas racializadas (Thomas, 2014), lo que ha dado lugar a que a lo largo del siglo XX se hayan reportado diferentes muertes en centros de salud debido a prácticas coercitivas y violentas hacia hombres afrodescendientes jóvenes, los que son percibidos como

*peligrosos* por el personal (Thomas, 2014). Estos grupos también lideran las detenciones obligatorias invocando las leyes de salud mental y son destinados más frecuentemente a salas cerradas sin recibir atención psicoterapéutica (Fernando, 2003).

Por otra parte, diagnósticos como la esquizofrenia y la psicosis han sido históricamente atribuidos a hombres y mujeres afrodescendientes, sustentándose en teorías de corte biológico y dando como resultado mayores tasas de medicación (Thomas, 2014). Respecto a ello, Fernando (2003) coloca como ejemplo el hecho de que las emociones de enojo y/o de temor que expresan las mujeres afrodescendientes son vistas muchas veces como un síntoma de esquizofrenia, lo que ilustra la fusión entre patrones patriarcales y racistas en el momento de diagnosticar. Ello fue referido por Chesler (2005), quien postulaba en los años setenta que estas tenían el doble de posibilidades de ser internadas en servicios de salud mental que las mujeres blancas.

También, según Fernando (2003), esto habla acerca de la traducción en clave de *síntoma* de las acciones y estrategias que las personas racializadas utilizan para hacer frente a su vivencia de racismo. Lo anterior puede verse igualmente en la patologización de ideas y emociones que las personas negras manifestaban respecto de la estructura social blanca, lo que Bromberg y Simon (1968) denominaron *psicosis de protesta*. Vale decir, actitudes y prácticas que surgen como respuesta a la exposición sistemática a la discriminación y la violencia, no son entendidas dentro de su contexto ni menos como una reacción natural ante una estructura que reformula su colonialidad, sino que, contrariamente, son utilizadas como *pruebas* que sirven para reforzar el diagnóstico y la intervención psiquiátrica.

Además de lo anterior, la Psiquiatría ha actuado de la mano de instituciones policiales, llevando adelante la criminalización de los comportamientos de niños y niñas afrodescendientes dentro del sistema educativo, a diferencia de los niños y niñas blancas a quienes se les atiende desde otro tipo de enfoque dentro del ámbito escolar (Melvin et al., 1970).

Para el caso de los Pueblos Originarios, la situación no dista mucho de lo descrito. En este caso, siguiendo lo desarrollado por Segato (2016) acerca de la captación de la estructura de género preintrusión colonial por el sistema moderno de género, puede referirse que la colonización ha repercutido en la modificación de las estructuras de género presentes en los Pueblos



Originarios, provocando, entre otras cuestiones, la privatización y consecuente desplazamiento del espacio doméstico, así como el quiebre de las relaciones vinculares entre las mujeres dentro de las comunidades (Segato, 2016).

Así, por ejemplo, se ha arrojado un vínculo entre los malestares que manifiestan mujeres Maorí en Nueva Zelanda y aquellas que pertenecen a Pueblos Originarios en Canadá, y la existencia de situaciones de violencia de género en la pareja (Halseth, 2013; Maree Kopua et al., 2019), habiendo además, en el primer caso, una mayor probabilidad de que se les dé orden de tratamiento e internación involuntaria que a poblaciones no Maorí.

Aparte de ello, estas situaciones también se vinculan a la exposición prolongada a la discriminación racial y a políticas de asimilación (Klingspohn, 2018), así como al haber experimentado diferentes tipos de abuso mientras se encontraban en escuelas residenciales, estas últimas enmarcadas en el contexto de la instalación de políticas coloniales de reeducación y aculturación con las poblaciones originarias por parte del Estado (Halseth, 2013). De esta manera, es posible afirmar que a diferencia de lo que se ha desarrollado desde los estudios feministas tradicionales, se está ante la patologización de reacciones esperables ante la exposición sistemática al racismo y a las implicancias de la trama colonial.

Esto da lugar a otras consideraciones para el abordaje del malestar en mujeres pertenecientes a Pueblos Afrodescendientes y Pueblos Originarios, llamando a contemplar, por ejemplo, desarrollos tales como el Trauma Histórico (Borda et al., 2014) y el Trauma Colonial (Mitchell et al., 2019). El primero de estos alude al trauma que se provoca hacia un colectivo o comunidad donde se genera un intenso estrés, en conjunto con la ocurrencia de duelos «por pérdida de individuos de la comunidad o por pérdida de tradiciones culturales» (Borda et al., 2014, p.44), pudiendo transferirse hacia las poblaciones o grupos descendientes de quienes experimentaron el trauma por medio de la narración o de comportamientos indirectos.

El segundo de ellos, Trauma Colonial (Mitchell et al., 2019), alude a los componentes del colonialismo y sus efectos históricos, sociales, políticos y espirituales en los Pueblos Originarios. En este planteamiento se hace constar la necesidad de considerar elementos relacionados con las consecuencias históricas de la invasión a los territorios habitados por Pueblos Originarios,

primero por Europa y luego por los Estados Nación Modernos, revelando factores tales como las opresiones continuas llevadas adelante por las políticas de colonización y luego por las políticas estatales.

En esta propuesta también se coloca el acento en las afectaciones que conlleva el extractivismo en la salud de los territorios y comunidades. En este último sentido, al momento de observar los malestares de las mujeres pertenecientes a Pueblos Originarios, necesariamente debiese pensarse en procesos como la asimilación, la aculturación y la invasión territorial, entre otros insumos trabajados en estas referencias teóricas.

Por otra parte, es relevante señalar que la expansión del paradigma psiquiátrico: positivista, biomédico y profundamente occidental-moderno, afecta especialmente a los saberes y conocimientos propios que las comunidades no occidentales tienen respecto de su salud, configurándose como una muestra de colonialidad del saber (Lander, 2000), la que se expresa en el posicionamiento de un saber médico científico como superior, único y universal, siendo miope a otras maneras de comprender e interpretar la existencia y por ende, la salud.

Por ejemplo, el ya citado Samuel Catwright interpretaba los malestares presentados en personas afrodescendientes como resultado de elementos relacionados con la «magia y brujería», cuando en realidad se trataba de la persistencia de prácticas culturales propias provenientes de las comunidades africanas de las que cuales habían sido parte originalmente (Thomas, 2014). En suma y como explica Fernando (2003) si bien las nociones de *enfermedad mental*, de *salud mental* y/o de *psicoterapia* no tienen un arraigo dentro de las culturas no occidentales, esto no significa que estas comunidades no tengan los medios y las herramientas para abordarlas, cuestión que toma forma en sus propias epistemologías y prácticas en salud.

En esa línea, Maree Kopua et al. (2019), al hablar del Pueblo Maorí, comenta que la medicina occidental ha actuado de manera cómplice a la colonización y al genocidio en la medida en que ha generado inestabilidad en la cultura originaria a través de la que organizaban y dotaban de sentido su vida. Al interferir en su complejidad cultural, sugiere, el saber médico occidental socavó las herramientas con las que las personas pertenecientes a las comunidades Maorí hacían frente a sus experiencias de sufrimiento.

Con estas consideraciones, se puede decir que los diagnósticos neokra-  
pelinianos y la psicofarmacología se trasladan desde una lógica norte-sur,  
desde la que se neocoloniza la forma en que las personas pertenecientes a  
comunidades del sur global comprenden, interpretan y atienden sus males-  
tares (Thomas et al., 2014). Sobre este último antecedente, cabría señalar que  
las poblaciones y comunidades no occidentales construyen sus vidas y su  
cotidiano desde una ontología<sup>3</sup> y epistemología que distan profundamente  
del modelo occidental moderno, punto que marca una diferencia trascen-  
dental entre las mujeres de los contextos occidentales y no occidentales.

Ambas cuestiones son centrales para comprender la colonialidad que  
reproduce el Modelo Psiquiátrico Occidental, por cuanto este emerge a partir  
de un modelo ontológico de carácter moderno/colonial que es dualista y frag-  
mentado, lo que puede entenderse según los desarrollos de Lander (2000).  
Este autor comenta que luego de la Ilustración, y a través de las ciencias  
modernas, se produjo un quiebre ontológico entre «cuerpo y mente; entre la  
razón y el mundo» (p. 14). La vida pasó a comprenderse de manera parcelada,  
cuestión que también se refleja en la forma en que se abordan los estados  
de salud y enfermedad en la actualidad. Bajo este prisma, el denominado  
*padecimiento mental* se interpreta como un fenómeno de tipo biológico, cuya  
raíz está en un supuesto desequilibrio químico, instalando el camino del  
diagnóstico y de la prescripción farmacológica como única resolución, tal  
como se ha expuesto.

Al contrario de esta concepción, en los contextos no occidentales, la  
ontología que prima muchas veces es relacional, lo que en palabras de  
Escobar (2014) significa una ontología en donde «[...] los mundos biofísicos,  
humanos y supernaturales no se consideran como entidades separadas, sino  
que se establecen vínculos de continuidad entre estos» (p. 58). Esta concep-  
ción de la vida quiere decir que en muchos territorios no occidentales el  
dualismo y la fragmentación occidental no existen como tales, dándose una  
manera relacional de reproducir la vida, es decir, en vínculo con la propia

---

3. Para aclarar, cuando hago referencia al término *ontología* me refiero a la manera en  
que se conciben e interpretan la existencia y el ser, mientras que con *epistemología*  
hago alusión a la manera en que el conocimiento es concebido y producido. Al modo  
en que lo define Weimar Iño (2017) como «un saber sobre el saber»; el estudio sobre  
el conocimiento, la ciencia y el pensamiento.

comunidad, la naturaleza, la espiritualidad, los territorios y los múltiples seres que allí habitan.

Desde este punto de vista, el cariz neocolonialista de la psiquiatría produce una forma de epistemicidio, ya que desplaza, oculta y desconsidera los conocimientos y formas de ser y estar en el mundo de los pueblos no occidentales, cuestión que puede verse representada en el Movimiento para la Salud Mental Global ya indicado en un primer apartado. Como resultado, los paradigmas y soportes culturales propios son suplantados por categorías, teorías y prácticas que eliminan y/o distorsionan sus epistemologías.

Considerando lo desarrollado hasta aquí, una práctica antirracista debería posicionarse desde un marco ético-político crítico con la persistencia de la colonialidad en la atención psiquiátrica, así como en el sentido de ver más allá de ejes organizadores de la experiencia como el género, lo que permitiría reconocer opresiones racistas hasta ahora invisibilizadas dentro de la atención. Sumado a ello, debiese abrir el camino en conjunto a las propias comunidades y Pueblos, para fortalecer las prácticas y conocimientos que les pertenecen, además de propiciar una perspectiva crítica con las políticas neocoloniales que afectan al amplio espectro de los territorios.

#### **4. HACIA UNA PRÁCTICA ANTIRRACISTA EN SALUD MENTAL**

En concordancia con lo mencionado, un marco-ético político orientativo en el ámbito de la salud mental debe contener el desarrollo de una mirada crítica y estructural a las problemáticas del área. Así, el enfoque de competencias estructurales desarrollado por Metzl y Hansen (2014) puede integrarse como parte de una perspectiva capaz de relevar los aspectos políticos, económicos, sociales, históricos e institucionales involucrados en el abordaje de los malestares/sufrimientos de mujeres que quedan al margen de los modelos occidentales. Tal como refieren estos autores, se trata de abordar las necesidades sociales y sus vínculos con el racismo.

En términos operativos, las competencias estructurales permiten avanzar desde una comprensión individualizada, en este caso del malestar y/o el sufrimiento, al análisis más amplio del contexto en el que el malestar surge, además de poner en práctica una perspectiva crítica acerca de la construcción y atribución del diagnóstico psiquiátrico, entendiendo que este último

es un producto social formulado desde el lente occidental, con todas las implicancias que se han revisado en este documento.

Entre ellas, cabría señalar la necesidad de observar las maneras en que la colonialidad se ha ramificado en la vida cotidiana de las mujeres que pertenecen a Pueblos Originarios, tal como lo desarrolla Segato (2016), generando la existencia de violencias y de la consecuente emergencia de malestar. En este sentido, el trabajo debiese consistir en elaborar estrategias de abordaje conjuntamente, que sean situadas y, con ello, que apunten a favorecer el tejido comunitario y los propios códigos ético-políticos de relacionalidad que se han visto desgastados por la irrupción histórica colonial, entre otras cuestiones.

Así también, elementos indispensables tendrían que ver con la consideración de aspectos relacionados con el Trauma Histórico (Borda et al., 2014) y el Trauma Colonial (Mitchell et al., 2019) u otros enfoques atingentes, además de conocer y reconocer la manera en que las comunidades no occidentales construyen su realidad, lo que obedece a lo que Escobar (2014) refiere como *ontología en espiral*. En esa sintonía, se vuelve necesario ir más allá del género como categoría única y uniforme de análisis, complejizando el abordaje de las problemáticas de salud mental.

En segundo lugar, y siguiendo a Fidel Tubino (2017) se requiere de la instalación de un marco basado en la interculturalidad que reconozca, valide, dialogue, intercambie y sea capaz de abrir caminos de entendimiento mutuo entre la cultura occidental y no occidental. Tal como señala este autor, no necesariamente para llegar a un consenso, sino para ampliar «horizontes de comprensión». En la problemática que nos convoca, la interculturalidad crítica tendría que ponerse en marcha a través de procesos participativos en vínculo con las comunidades y en igualdad de condiciones, saliendo del box y/o espacio institucional de atención. Allí, conjuntamente y a través, incluso, de metodologías propias de los Pueblos y comunidades (Tuhiwai Smith, 2016), se debiese propiciar el diálogo y la coconstrucción de propuestas colectivas.

Incorporar la interculturalidad crítica también debe implicar un proceso de toma de conciencia acerca de la persistencia de la colonialidad y, por lo tanto, la voluntad de modificar la asimetría de poder, tanto en términos relacionales como en cuanto al conocimiento y al saber de los Pueblos y

comunidades con las que se trabaja. Así, tendría que ver con transitar hacia una ecología de saberes (Sousa Santos, 2010) que reconozca, valide y comprenda otras formas de conocimiento acerca de la salud, y especialmente sobre la denominada *salud mental*.

En coherencia con los desarrollos señalados, se debiese potenciar la necesidad de indagar en los efectos de la Psiquiatría dentro de los colectivos afrodescendientes y de Pueblos Originarios, toda vez que, en el contexto actual, su expansión cobra más fuerza, fortaleciéndose la instalación del paradigma biomédico psiquiátrico en los múltiples territorios no occidentales. En este sentido, el desafío vendría dado para el área investigativa, ámbito que debería asentarse desde una posición crítica con los fundamentos epistemológicos de la investigación en el área de la salud mental.

Finalmente, y como refiere Burstow (2018), el camino tendría que ir dirigido a fortalecer a las propias comunidades, en este caso no occidentales, propiciando el uso de sus propios recursos no solo para hacer frente al sufrimiento y/o a los malestares emergentes, sino también en términos de su prevención. Allí, la potenciación de los vínculos entre los diferentes actores comunitarios, la recuperación de las dinámicas socio culturales e históricas, así como el trabajo conjunto con los agentes propios de salud se vuelven cuestiones fundamentales.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Añón, M. (2020). Mujeres y vulnerabilidades. *Tiempo de paz*, 138, 47-54.
- Araya, C., y Leyton, C. (2016). Atrapados sin salida: terapias de shock y consolidación de la psiquiatría en Chile, 1930-1950. *Revista Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.52793>
- Arreola Martínez, B. (2011). ¿Locura o disidencia? *Las mujeres locas del Manicomio General de La Castañeda (1886-1920)*. Editorial Académica Española.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza Bueno, M., y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(S1), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Baran, B., Bitter, I., Gabor, U., Nagy, Z., y Gazdag, G. (2008). The beginnings of modern psychiatric treatment in Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 434-440. <https://doi.org/10.1007/s00406-008-0816-9>

- bell hooks. (2020). *Teoría feminista: De los márgenes al centro*. Traficantes de sueños.
- Bemme, D., y D'Souza, N. (2015). Global mental health and its discontents: An inquiry into the making of global and local scale. *Transcultural psychiatry*, 51(6), 850-874. <https://doi.org/10.1177/1363461514539830>
- Borda, J., Carrillo, J., Garzón, D., Ramírez, M., y Rodríguez, N. (2014). Trauma histórico. Revisión sistemática de un abordaje diferente al conflicto armado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 41-49. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.005>
- Bosch Fiol, E., y Ferrer Pérez, V. (2003). Sobre la supuesta inferioridad intelectual de las mujeres. El caso de las teorías frenológicas en el siglo XXI. *Clepsydra*, 2, 119-133.
- Bromberg, W., y Simon, F. (1968). The «protest psychosis». A special type of reactive psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 19, 155-160. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1968.01740080027005>
- Burín, M., Moncarz, E., y Velazquez, S. (1991). *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*. Editorial Paidós.
- Burstow, B. (2015). *Psychiatry and the Bussiness of Madness: An Ethical and Epistemological Accounting*. Editorial Springer.
- Burstow, B. (2018). Mental Health praxis-not the answer. A constructive antipsychiatry position. En B. Cohen (Ed.), *Routledge International Handbook of Critical Mental Health* (pp. 31-38). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315399584-5>
- Busfield, J. (1988). Mental illness as a social product or social construct: a contradiction in feminists' arguments? *Sociology of Health & Illness*, 10 (4), 521-542. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1988.tb00056.x>
- Cabrera-Guillén, A. (2019). Morfología craneal y facial: Estigmas racistas según el pensamiento del siglo XIX. *Revista MINERVA*, 2(2), 9-17. <https://doi.org/10.5377/revminerva.v2i2.12483>
- Caponi, S. (2014). *Locos y degenerados. Una genealogía de la psiquiatría ampliada*. Lugar Editorial.
- Caponi, S. (2019). Scientia Sexualis: el lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría. En M. Miranda (Comp.), *Las locas: miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental* (pp.19-48). Editorial de la Universidad de la Plata.

- Caponi, S., y Martínez-Hernández, Á. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. *Scientiae Studia*, 11(3), 467-489. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662013000300002>
- Chesler, P. (2005). *Mujeres y locura*. Editorial Continta Me Tienes.
- Chu, J., y Bowman, E. (2000). Trauma and dissociation: 20 years of study and lessons learned along the way. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(1), 1-20. [http://dx.doi.org/10.1300/J229v01n01\\_02](http://dx.doi.org/10.1300/J229v01n01_02)
- Cipriano, P. (2018). *El manicomio químico*. Enclave.
- Dio Bleichmar, E. (1993). Morbilidad diferencial. Enfoque Psicodinámico. En J. Más. y A. Tesoro (Coords.), *Mujeres y salud mental* (pp. 103-132). España. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Double, D. (2005). Beyond biomedical models: A perspective from critical psychiatry. En J. Tew (Ed.), *Social perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress* (pp. 53-70). Jessica Kingsley Publishers.
- Escobar, A. (2014). *Sentipensar con la tierra. Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. ENAULA.
- Espinosa, Y. (2014). Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica. *El cotidiano*, 184, 7-12.
- Fernando, S. (2003). *Cultural Diversity, Mental Health and Psychiatry*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203420348>
- Ferreirós, C. (2007). *Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario*. Edición CERMI.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Historia de la locura en la época clásica* (Tomos I y II). Editorial FCE.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Editorial Ariel.
- Friedan, B. (2017). *La mística de la feminidad*. Cátedra.
- García Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., y Maroto Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-92. <https://doi.org/10.1157/13061998>
- García Dauder, D., y Pérez Sedeño, E. (2017). *Las mentiras científicas sobre las mujeres*. Catarata.
- García Díaz, C. (2020). Mujeres en el manicomio, espacios generizados y perfil sociodemográfico de la población psiquiátrica femenina en el Manicomio



- Provincial de Málaga (1909-1950). *Investigaciones históricas, época moderna y contemporánea*, 40, 523-552. <https://doi.org/10.24197/ihemc.40.2020.523-552>
- García Díaz, C., y Jiménez Lucena, I. (2010). Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (El manicomio provincial de Málaga, 1920-1950). *Frenia, Revista de Historia de la Psiquiatría*, 10(1), 123-144.
- Golcman, A. (2017). Legitimar psiquiatras antes que curar pacientes, las terapias de shock en Buenos Aires, Argentina (1930-1970). *ASCLEPIO, Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia*, 69(1), 1-15. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2017.08>
- Gotzsche, P. (2020). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Lince Ediciones.
- Gove, W., y Tudor, J. (1979). Roles sexuales adultos y enfermedad mental. En C. Sáez. (Ed.), *Mujer, locura y sociedad* (pp. 59-83). Ediciones Dédalo.
- Grosfoguel, R. (2011). La descolonización del conocimiento: diálogo crítico entre la visión descolonial de Frantz Fanon y la sociología descolonial de Boaventura de Sousa Santos. En VV.AA., *Formas-Otras. Saber, nombrar, narrar, hacer* (pp. 97-108). CIDOB Ediciones.
- Harding, S. (2015). *Objectivity and Diversity. Another Logic for Scientific Research*. The University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226241531.001.0001>
- Halseth, R. (2013). *Aboriginal women Canada. Gender, Socio-Economic Determinants of Health, and Initiatives to Close the Wellness Gap*. National Collaborating Centre For Aboriginal Health-Centre de Collaboration Nationale de la Santé Autochtone.
- Huertas, R. (2016). *Otra historia para otra psiquiatría*. Pensódromo.
- Ingleby, D. (1982). *Psiquiatría crítica: La política de la salud mental*. CRITICA.
- Iño, W. (2017). Epistemología pluralista, investigación y descolonización. *Revista IISE*, 9(9), 111-125.
- Jiménez, I., y Ruiz, M. (1999). La política de género y la psiquiatría española de principios del siglo XX. En M, J. Barral, C. Magallón, C. Miqueo, y M.D. Sánchez (Eds.), *Interacciones entre ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres* (pp.185-206). Icaria Antrazyt.
- Jiménez-Ponce, F., Soto, J., Velasco, F., Castro, G., y Carrillo, J. (2006). Introducción a la neurocirugía psiquiátrica. *Revista Salud Mental*, 29(1), 3-12.

- Kaplan, M. (1983). A women's view of DSM III. *American Psychologist*, 38, 786-792. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.7.786>
- Klingspohn, D. (2018). The Importance of Culture in Addressing Domestic Violence for First Nation's Women. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00872>
- Lander, E. (2000). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. Ediciones Faces/UCV.
- MacDonald, M. (2018). Hysterical Girls: Combat Trauma as a Feminist Issue. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 11(1), 3-22. <https://doi.org/10.3138/ijfab.11.1.3>
- Maldonado, N. (2008). La descolonización y el giro des-colonial. *Tabula RASA*, 9, 61-72. <https://doi.org/10.25058/20112742.339>
- Maree Kopua, D., Kopua, M., y Bracken, P. (2019). Mahi a Atua: A Maori approach to mental health. *Transcultural Psychiatry*, 57(2) 1-15. <https://doi.org/10.1177/1363461519851606>
- Melvin, S., Diesenhous, H., y Wilkerson, R. (1970). Dimensions of Institutional Racism in Psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 127(6). <https://doi.org/10.1176/ajp.127.6.787>
- Metzl, J., y Hansen, H. (2014). Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science and Medicine*, 103, 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
- Middleton, H. (2007). Critical Psychiatry. *Mental Health Review Journal*, 12(2), 40-44. <https://doi.org/10.1108/13619322200700021>
- Mitchell, T., Arseneu, C., y Darren, T. (2019). Colonial Trauma: Complex, continuous, collective, cumulative and compounding effects on the health of Indigenous People in Canadá. *International Journal of Indigenous Health*, 14(2), 74-94. <https://doi.org/10.32799/ijih.v14i2.32251>
- Molinari, A. (2005). Autobiografías de mujeres en un manicomio italiano a principios de siglo XX. En A. Castillo, y V. Sierra (Eds.), *Letras bajo sospecha* (pp. 379-399). Ediciones TREA.
- Moncrieff, J. (2010). Psychiatric diagnosis as a political device. *Social Theory and Health*, 8, 370-382. <https://doi.org/10.1057/sth.2009.11>
- Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Herder Editorial. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt9k31s>

- Moncrieff, J. (2014). The Nature of Mental Disorder: Disease, Distress or Personal Tendency? *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 21(3), 257-260. <https://doi.org/10.1353/ppp.2014.0028>
- Porter, R. (2003). *Breve historia de la locura*. Fondo de Cultura Económica.
- Pujal i Llombart, M., Calatayud, M., y Amigot, P. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Revista Internacional de Sociología*, 78(2). <https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113>
- Quintero, P. (2010). *Notas sobre la teoría de la colonialidad del poder y la estructuración de la sociedad en América Latina*. Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural.
- Ravanel, M., y Aurenque, D. (2018). Medicalización, prevención y cuerpos sanos: la actualidad de los aportes de Ilich y Foucault. *Tópicos*, 55, 407-437. <https://doi.org/10.21555/top.v0i55.914>
- Ribotta, S. (2020). Vulnerabilidad y pobreza: sobre el concepto de vulnerabilidad socio-estructural. *Tiempo de paz*, 138, 36-46.
- Ruiz, M., y Vairo, M. (2008). Trastorno Límite de la personalidad: Reino de Mujeres, Tierra sin Hombres. *VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría*, 19, 303-318.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. *Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas*, 45, enero-abril, 163-187.
- Segato, R. (2016). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda*. Prometeo Ediciones.
- Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Ediciones TRILCE.
- Swartz, S. (1995). Colonizing the insane: causes of insanity in the Cape, 1891-1920. *History of the Human Sciences*, 8(4), 39-57. <https://doi.org/10.1177/095269519500800403>
- Swartz, S. (2013). Feminism and psychiatric diagnosis: Reflections of a feminist practitioner. *Feminism & Psychology*, 23(1), 41-48. <https://doi.org/10.1177/0959353512467965>
- Thomas, P. (2014). *Psychiatry in Context. Experience, Meaning and Communities*. PCCS Books.
- Thomas, P., y Bracken, P. (2004). Critical Psychiatry in Practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(5), 361-370. <https://doi.org/10.1192/apt.10.5.361>

- Thomas, P., Bracken, P., Hayward, R., y May, R. (2014). Challenging the globalisation of biomedical psychiatry. *Journal of Public Mental Health*, 4(3), 23-32. <https://doi.org/10.1108/17465729200500021>
- Tourney, G. (1967). A History of Therapeutic Fashions in Psychiatry, 1800-1966. *American Journal of Psychiatry*, 124(6), 92-104. <https://doi.org/10.1176/ajp.124.6.784>
- Tubino, F. (2019, 27 marzo). La interculturalidad crítica latinoamericana como proyecto de justicia. *FHI / forum historiae iuris*, [https://forhistiur.net/2019-03-tubino/#notes\\_n1](https://forhistiur.net/2019-03-tubino/#notes_n1)
- Tuhiwai Smith, L. (2016). *A descolonizar las metodologías: Investigación y pueblos indígenas*. LOM.
- Ussher, J. (2003). The Role of Premenstrual Dysphoric Disorder in the Subjectification of Women. *Journal of Medical Humanities*, 24(1/2), 131-146. <https://doi.org/10.1023/A:1021366001305>
- Ussher, J. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology*, 23(1), 63-69. <https://doi.org/10.1177/0959353512467968>
- Whitaker, R. (2017). *Anatomía de una epidemia: Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Capital Swing.