

Grado en Filosofía
2021/2022

**Ser mujer: síntoma y enfermedad.
Claves sobre la patologización psiquiátrica de la feminidad.**

Alumna: Yaiza Castro Hernández
Tutor: Domingo Fernández Agis

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a mi gran amiga y amada Daniela. Por compartir conmigo todo lo relacionado con la vida, el dolor y principalmente el amor. Por arrojar luz entre tanta incertidumbre. Por ayudarme a pensar bien y por filosofar conmigo.

A Yeray y a Haku, por acompañarme en todo lo que implica vivir bajo el sufrimiento psíquico y sus múltiples consecuencias. Por quererme y entenderme más allá de mi angustia.

A mi madre, por nunca soltarme y confiar en mí más que yo misma.

Y finalmente, a todas las mujeres psiquiatrizadas y *locas* que he conocido y me han ayudado a llegar a estas conclusiones e intereses. Ellas han sido reflejo, pañuelo y salvación. Nuestro sufrimiento nunca será en vano.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES	5
1.1. El origen de la psiquiatría y de la locura como enfermedad desde M. Foucault	5
1.2. La conceptualización de la enfermedad y de la locura como enfermedad mental	6
1.3. La razón como ideal Ilustrado	8
1.4. El origen de la institución psiquiátrica: la patologización histórica de la locura	10
DISCUSIÓN: La femineidad en cautiverio: la vivencia femenina dentro del sistema de salud mental y el psicoanálisis	13
2.1. Lo Uno y lo Otro: dicotomía entre la razón y sus contrarios	13
2.2. La mirada como diagnóstico: la representación femenina de la locura en el S. XIX	15
2.3. La histeria, ¿estrictamente femenina?	17
ACTUALIDAD Y POSICIONAMIENTO	21
3.1. ¿Cuál es la causa de la mayor incidencia de locura en las mujeres? El género como síntoma y enfermedad	21
CONCLUSIONES Y VÍAS ABIERTAS	26
4.1. “No somos histéricas, somos históricas”: sobre el entendernos o no como mujeres-locas en el feminismo del S. XXI	26
Bibliografía	32

INTRODUCCIÓN

Tras el triunfo de la razón en el S. XVIII, el mundo y el ser humano pasan a ser estudiados desde un pensamiento ilustrado. Durante este periodo histórico es cuando se sientan las bases de la interpretación subsiguiente de la racionalidad y sus múltiples modos de manifestarse: el rigor del conocimiento es estimado en base al rigor de su método. Este éxito de la Ilustración y de la metodología es representado simbólicamente por la figura del hombre que *piensa*, del *pensante ilustrado*. En base a esta idea del hombre como *racional*, comienzan a distinguirse, en consecuencia, todas las categorías de lo no-racional, empezando por su claro opuesto: las mujeres. Los mandatos de la racionalidad en todas las prácticas y escenarios posibles dejaban a las personas no-ilustradas fuera del paradigma científico-ilustrado, al igual que todo lo diferenciable de la figura propia del *ilustrado* era tachado de irracional. La razón, unida indiscutiblemente al temple y a la rigidez racional, crea una dicotomía entre lo razonado y lo espontáneo. Entre lo masculino y lo no-masculino. En última instancia, entre el cómputo de los hombres y de las mujeres.

En este trabajo trataremos de abordar las consecuencias que derivan de la dicotomía racional-irracional, la cual acaba siendo sano-enfermo en muchos sentidos. Estudiando los orígenes de la psiquiatría y sus intenciones, se tratará de entender el proceso por el que han pasado las personas ajenas al ideal de la razón para ser entendidas como enfermas, y por ende, aislables e indeseadas. El proceso de la psiquiatrización de la sinrazón nos acerca poco a poco a la experiencia femenina, la cual se ve atravesada por múltiples diagnósticos que la separan aún más que a los hombres psiquiátricos de la racionalidad y la vida más allá de los muros (sean estos médicos, carcelarios, de sus hogares, etc). Una vez terminado el paso por la historia de la locura y de su internación médica, nos centraremos en la patologización de la femineidad y cómo esta termina siendo la que habita por excelencia los hospitales psiquiátricos poco a poco, conviviendo con etiquetas tales como la de la histeria, principal diagnóstico que hacinaba a las mujeres de la época. Mediante un análisis de la histeria y de las razones por las cuales se ha normalizado la psiquiatrización de las mujeres, buscaremos la actualidad de la situación, observando cómo y por qué no ha cambiado en exceso el entendimiento de la femineidad y cómo esto sigue afectando irremediablemente nuestra salud mental.

ANTECEDENTES

1.1. El origen de la psiquiatría y de la locura como enfermedad desde M. Foucault

El filósofo, historiador y psicólogo francés Michel Foucault no requiere a día de hoy de presentaciones. Conocido principalmente por sus análisis sobre las estructuras del poder y sus múltiples dinámicas, confecciona paralelamente estudios críticos acerca de diversas instituciones sociales que se erigían en su época, entre ellas la psiquiatría y la medicina. Con una intención historiográfica marcada por su espíritu crítico, el filósofo dedicó su primera gran obra a la *Historia de la Locura en la época clásica*, la cual narró de manera ensayística en dos tomos y fue publicada en 1961. En ella, Foucault trata de abordar el tratamiento de la locura en la sociedad occidental durante las diferentes etapas históricas, comenzando por el Renacimiento y llegando hasta la contemporaneidad. Más allá de la *Historia de la locura*, Foucault dedicó múltiples obras más al tratamiento de la enfermedad mental y su papel en la sociedad, tratando de resolver la problemática que la envuelve desde sus múltiples vías de conocimiento. En ellas, se trata de descifrar los motivos que han llevado a la medicina a tratar al loco como un enfermo, el cual requiere vigilancia y tratamiento con el objetivo aparente de liberarse de sus males psicológicos.

Asimismo, Foucault advierte en sus obras del carácter cultural que engendra la cuestión de la locura: “La enfermedad sólo tiene su realidad y su valor de enfermedad dentro de una cultura que la reconoce como tal”(Foucault, 2016, p.86). Los fenómenos patológicos son considerados como tal en la sociedad debido a su extrañeza y su lejanía de la media, por lo cual cada cultura tendrá su propia idea de lo que es o no enfermizo. El sesgo se trazará mediante la observación antropológica del individuo, analizando qué virtudes muestra y de cuales carece; toda característica que se confronte de alguna manera con lo habitual y cultural a nivel mental-fisiológico corre el riesgo de ser considerado una enfermedad. El tratamiento social de estas patologías ocurre de manera excluyente: “En el momento mismo en que diagnostica la enfermedad, excluye al enfermo (...) los análisis de nuestros psicólogos y de nuestros sociólogos, que hacen del enfermo un desviado y que buscan el origen de lo mórbido en lo anormal, son, ante todo, una proyección de temas culturales”(Foucault, 2016, p.89). La pregunta que guía entonces los estudios del francés y la cual cabe preguntarnos en relación con las enfermedades mentales es cómo ha llegado nuestra cultura a dar a la enfermedad (sea mental o no) un sentido de desviación o exclusión.

1.2. La conceptualización de la enfermedad y de la locura como enfermedad mental

La respuesta a la anterior pregunta es en buena medida escudriñada por Foucault en su obra titulada *Enfermedad mental y psicología* (1954), siendo esta la versión definitiva de otro texto publicado con anterioridad bajo el título de *Enfermedad mental y personalidad* (1954), donde el autor trata en ambos trabajos de conceptualizar propiamente la enfermedad y de encontrar en ella los matices precisos que marcan la distancia de la fisiología patológica y la psicología. Muchos de los esfuerzos esbozados en esta obra son parte de la búsqueda de la naturalización de la enfermedad; la dicotomía enfermo/sano cuenta con que lo enfermo es algo irregular que se escapa de los parámetros del orden natural de nuestro cuerpo. Que algo en nuestro desarrollo ha errado. Lo mórbido debe ser opuesto a lo sano y lo natural porque no cumple con el curso originario de nuestro cuerpo, se desvía de lo salubre de manera anómala, como si el enfermar no fuera una posibilidad propia de la naturaleza. Michel Foucault define la enfermedad como “el proceso a lo largo del cual se deshace la trama de la evolución suprimiendo, primero y en sus formas más benignas, las estructuras más recientes para alcanzar luego, cuando llega su culminación y su punto extremo de gravedad, los niveles más arcaicos”(2016, p.32). Asimismo, el filósofo francés destaca que la enfermedad no es una esencia *contra natura* (2016, p. 32), sino que es la naturaleza misma en un proceso inverso. Cada enfermedad tendrá un modo singular de *invertir* el cuerpo, y es el objetivo de la medicina encontrar «el nivel en el que se estabiliza el proceso de regresión».

En el caso de la enfermedad mental, el esquema aportado por la psicología es similar al de la enfermedad fisiológica. Por enfermedad (sea la que sea) se entiende, como hemos adelantado, un proceso de involución que devuelve al cuerpo a sus formas más prematuras, y en el caso de lo mental es designado de igual forma. Muy al contrario, Foucault defiende que si bien es cierto que se dan estas regresiones en el campo de lo mental, no tienen a priori un origen similar al fisiológico: la enfermedad mental, el medida mucho mayor que la enfermedad orgánica involucra a la totalidad del individuo (Foucault, 1984, p.95) y su desarrollo se ve influido, por ende, por la historicidad y el contexto social del afectado. El evolucionismo se equivoca, según nuestro filósofo, al pensar que las regresiones son la esencia de lo patológico y que apuntan a su origen real. El fundamento real de las regresiones psicológicas se debe, según Foucault, a un conflicto de las estructuras sociales, pues el ser humano se desarrolla en un medio acosado sin cesar por contradicciones (Cfr. Foucault, 1984, p.98) que ponen en riesgo su normal desarrollo psíquico. En suma, dicha regresión no debe

ser entendida realmente como el origen de la propia patología, sino que la regresión responde a dichas contradicciones contextuales a las que el sujeto se ve expuesto. En palabras del propio autor:

“La enfermedad implica en las condiciones actuales, (1) aspectos regresivos, porque nuestra sociedad ya no sabe reconocerse en su propio pasado, (2) aspectos de ambivalencia conflictual, porque no se puede reconocer en su presente; que implica, finalmente, la eclosión de los mundos patológicos, porque aún no puede reconocer el sentido de su actividad y de su porvenir”. (1984, p.102)

El enfermo mental se descubre entonces como la concentración manifiesta de los conflictos sociales que atraviesan las vidas humanas, generando en ciertas situaciones, cuadros patológicos. El motivo de su aislamiento podría ser leído como el intento de ocultamiento (ya sea en psiquiátricos o ignorando su existencia) por parte del sistema de dichas contradicciones, las cuales han hecho posible el desarrollo de la enfermedad. Además, Foucault contempla la posibilidad de situar lo tildado de patológico dentro de la personalidad propia de la persona, requiriendo entonces un análisis de la personalidad y sus múltiples manifestaciones, mucho más amplio y diverso que el mero estudio del origen y consecuencias de las patologías orgánicas. El contenido real de este conflicto quedó plasmado en la obra de Foucault: “Las enfermedades mentales lo son de la personalidad toda; en esta medida, tienen su origen las condiciones reales de desarrollo y de existencia de esta personalidad; y tienen su punto de partida en las contradicciones de ese medio”(1984, p.118).

Otro de los conceptos relacionados con la patologización mental que es plasmado por Foucault en su obra *Enfermedad mental y personalidad* (1954) es el de alienación. Al demente, aparte de haber perdido teóricamente su cordura, se le arrebatará el uso de su libertad, siendo ésta controlada por un tutor externo apto para su gestión. De algún modo esta otra persona le sustituirá como sujeto de derecho, gozando de sus bienes y privilegios, y ejerciendo por él sus derechos y obligaciones. En el siglo XIX el loco se encuentra desposeído de su libertad natural, siendo ubicado en “una humanidad abstracta y despedido de la sociedad concreta: esta “abstracción” se realiza en la internación” (Foucault, 1984, p.93). Mediante la internación del loco, la cual se manifiesta en su vida como la experiencia explícita de la alienación total, se le despoja de sus capacidades de decisión, siendo éstas custodiadas por una persona digna de tomar dichas decisiones y responsabilizarse de ellas. El filósofo francés expone de manera firme las consecuencias de la alienación, siendo ésta para el enfermo algo más que un simple estatus jurídico(Cfr. Foucault, 1984, p.94), pues las prácticas que conlleva

la enajenación del enfermo fomentan en él la aparición de síntomas patológicos, siendo en algunos casos la propia alienación la que provoca en el loco la expansión de su conducta agresiva. Citando textualmente a Foucault: “Las prácticas que cristalizan en torno a la noción de alienación quizás han desarrollado a su vez formas sintomáticas en las que el sujeto denuncia la confiscación de su voluntad y de su pensamiento, la influencia ejercida sobre él, los sentimientos de extrañeza que alejan de él en un mundo frío y absurdo las significaciones humanas” (1984, p.94). En definitiva, Foucault coloca a la alienación no como consecuencia directa de la enfermedad, sino a la enfermedad misma como derivada de dicha condición de enajenación a la cual se ve expuesto el loco. Son entonces, como hemos mencionado anteriormente, las contradicciones sociales las que enferman al individuo, siendo construida como consecuencia última su alienación por no poder estar a la altura de la gestión del mundo que le rodea, el cual le ha traumatado y ha hecho de él un demente.

Los espacios aislados otorgados a los locos son, como ya hemos advertido, los psiquiátricos en su forma más contemporánea, aunque antes de éste se concentraron en casas de internamiento, en hospitales generales y en internados. La finalidad terapéutica o punitiva del internamiento ha variado dependiendo de la época histórica, pero su capacidad curativa es puesta en cuestión constantemente en las obras del filósofo francés. La curación del enfermo mental, entendida como la superación de los males causados por las contradicciones sociales a las que se ve expuesto históricamente, requiere del fomento de diversas maneras de interactuar con el mundo y con los demás individuos. El aislamiento, acarreado como consecuencia directa la alienación del paciente, abstrae al hombre de sus mundos, sin el objetivo de prepararle para la confrontación de éstos en un futuro próximo. Para Foucault, “sólo es curación lo que produce nuevas relaciones con el medio”(1984, p.122), y por ello dedica parte de sus estudios a mostrar las contradicciones que expone dicha abstracción y plasma los motivos reales que guían a las instituciones a encerrar toda personalidad ajena al ideal de la razón, entendida como “una razón irrazonable, de una razonable sinrazón” (Foucault, 1998, p.37).

1.3. La razón como ideal Ilustrado

Las intenciones totalizadoras de la Ilustración penetran en todos los espacios posibles ocupados por el hombre y propios de éste. Las vidas humanas, estando totalmente condicionadas por su contexto histórico e ideológico, atraviesan un cambio en su experiencia causado por el progresismo ilustrado que triunfa en el S. XVIII. Es así como, en base al ideal

de la razón, comienza a surgir un modo de vivir y de regir el mundo totalmente sometido a ésta (la razón) y a sus intereses. Las intenciones totalizadoras de la Ilustración son entendidas también como las intenciones del poder, el cual gobierna y somete toda experiencia a sus necesidades.

La obra filosófica por excelencia que trata este conflicto generado por la razón ilustrada en pos del progreso no es otra que la *Dialéctica de la Ilustración*(1944), de Max Horkheimer y Theodor W. Adorno. Tal y como adelantamos con la última cita de Foucault, la paradoja plasmada por la obra de Adorno y Horkheimer trata de mostrar cómo la Ilustración, entendida como el proyecto que prometía la superación de la mitología, el progreso y la liberación del ser humano, se excedió en su afán por dominar la naturaleza y se terminó volviendo, en su devenir, mito. Es decir, trata de cómo la razón en busca del control de la naturaleza y del ser humano acaba derivando en una total sinrazón. Asimismo la razón, operando sobre los efectos mentales y las capacidades pensantes del ser humano, comienza a taxonomizar las personalidades racionales o irracionales en base a su seguimiento de la norma moral y social. “La superioridad del hombre reside en el saber, de eso no cabe la menor duda”(Th. Adorno y M. Horkheimer, 2007, p. 19), y es así como todo lo que puede contraponerse al saber ilustrado y a su ideal de racionalidad amenaza lo que se entiende como ser humano.

La totalización pretendida por los ideales ilustrados requiere de ciertas herramientas para llevarse a cabo, y una de ellas es la ciencia, junto con el positivismo lógico. Mediante la ciencia se puede ejercer un control sobre la naturaleza de manera justificable en base a su «consistencia lógica»: “No hay en el mundo ningún ser en el que la ciencia no pueda penetrar”(p. 41). Lo calculable y estudiable por la ciencia se reduce a la unidad, pues sólo en base a ella puede entrar en marcha el sistema científico-taxonizador, que trata de explicar y controlar el origen y la funcionalidad de todas las cosas. De igual manera, todo aquello no reductible a su unidad, es aún así explicado mediante teoremas científicos; no hay nada que se escape de su control. En palabras de los propios autores, hablando esta vez sobre el ser humano específicamente: “el dominio universal sobre la naturaleza se vuelve contra el mismo sujeto pensante, no quedando de éste más que aquel «yo pienso» eternamente igual” (p. 41). Existe en la obra una advertencia, como vemos, de la pérdida de individualidad, la cual atenta contra la naturaleza humana y opera en favor de la reproducción del sistema productivo, el cual requiere de nuestro sometimiento ideológico, o, al menos, de nuestro silencio ante él. De este modo, el individuo rechaza sus pensamientos y relega sus decisiones e ideales al sistema, del cual es dependiente a todas luces. “A través de las innumerables agencias de la producción

de masas y de su cultura se imprimen en el individuo las formas de conducta normativas como las únicas naturales, decentes y razonables”(p.43). En esta cita reside la potencialidad del conflicto que tratamos de enfrentar: la Ilustración, la razón y sus ideas han implantado un régimen conductual que debe ser forzosamente cumplido por los ciudadanos, quienes de no respetarlo tal y como se exige, se entenderán como irracionales e ingratos.

La ciencia, con la intención de controlar finalmente la materia y a los seres humanos sin creer más en fuerzas superiores, tratará de controlar y de explicar los comportamientos no normativos que se den dentro del sistema totalitario ilustrado, justificando también su castigo y aislamiento. Todo lo que no puede entrar en la dinámica productiva propia del capital, será por ende calificado como erróneo e irracional. De algún modo, vemos esto en la obra de Foucault y en sus explicaciones acerca de la historia de la locura y sus orígenes, donde ya comparte la idea acerca de la marginación de todo aquel que no cumpla en la cadena productiva propia del sistema. Foucault, como hemos adelantado, también apunta a la razón y la cuestiona: “Se creía sabia y es loca; creía saber y en realidad ignora; se creía recta y delira. El conocimiento nos introduce en las tinieblas y en el mundo prohibido, cuando se creía que la razón nos estaba llevando a la luz eterna”(p.109).

1.4. El origen de la institución psiquiátrica: la patologización histórica de la locura

Los orígenes de la locura, asociada desde sus principios a los comportamientos no-normativos o alejados de la cordura, se remontan a los comienzos de la civilización, donde el loco era entendido como una persona poseída o embrujada. El vínculo del loco con el misticismo y la fantasía desmesurada hacían de éste un personaje caricaturesco y marginado, incomprendido e incapaz de seguir los modos de vida culturalmente aceptados. El mayor signo de locura —en palabras de Foucault— en el mundo clásico era la transformación del hombre en “otro”, rasgo digno de un energúmeno. El loco era entendido como aquel que se comporta de manera diferente al resto y que expresa actitudes impropias de sí mismo, como si estuviera poseído por alguna personalidad ajena de la cual no se sabe su procedencia. Más adelante, el cristianismo definirá al energúmeno como un poseído por el mismísimo Satán, el cual habita su cuerpo endemoniado y debe ser expulsado mediante oración y fe. Todas estas actitudes desviadas y personalidades disidentes de la norma conductual se concentraban en el conjunto de lo Insensato, entendido como todo aquello contrario a la razón y a la sensatez. Una vez dicha insensatez pasa a ser definida locura es cuando se institucionaliza su

tratamiento, mediante aislamiento social y tratamientos punitivos que le devolvieran al loco su “serenidad” originaria.

Tal y como expone M. Foucault en su obra *Enfermedad mental y psicología*, hace “relativamente poco” que el mundo occidental le ha atribuido a la locura la categoría de enfermedad mental (Cfr. Foucault, 2016, p. 91). En el S.XVI, Descartes comienza el camino de la duda para así poder encontrar conocimiento veraz, y durante ese trayecto encuentra a la locura, la cual posiciona del lado del error y de las ensoñaciones. La locura fue descrita por él como una especie de ilusión, de la cual uno nunca puede estar seguro de no pertenecer: “No siempre se está seguro de no soñar, nunca se está cierto de no estar loco” (Foucault, 1998, p.37). Es por ello que la locura representa cierto peligro para el alcance de la razón, puesto que el estar loco pondría en cuestión nuestra percepción de la subjetividad y de lo verdadero y nos haría vivir en un mundo inadecuado. La personalidad delirante, asociada por Descartes al mundo de lo ilusorio e irracional, comenzó a ser entendida como un deterioro de la naturaleza fisiológica y cerebral en el siglo XIX, cuando la mirada médica diagnosticó la locura bajo el nombre de enfermedad mental. Si bien estas actitudes siempre han existido, no es hasta este siglo que se justifican médicamente sus anomalías. No es hasta el s. XVII que el loco deja de ser socialmente tolerado: “el mundo de la locura pasa a ser el mundo de la exclusión” (Foucault, 2016, p.95). Durante este periodo se crean por toda Europa casas de internación donde se hacina “a todos aquellos que, en relación con el orden de la razón, de la moral y de la sociedad, muestran signos de extravío”(Foucault, 2016, p.96). El loco, junto con una cantidad ingente de personalidades despreciadas socialmente, véase el mendigo, el inválido y el libertino, entre otros, será encerrado en Francia en Hospitales Generales, repartidos por todas las grandes ciudades del país: uno de cada cien habitantes de París estaba ingresado en estos hospicios (Cfr. Foucault, 1998, p. 38) .

La decisión de aislar a las personas locas en estos hospitales no tenía ninguna vocación terapéutica, no se trataba de curar su locura para devolverles a la libertad. Los hospitales eran entendidos más bien como “una estructura semi jurídica, una especie de entidad administrativa, que al lado de los poderes de antemano constituidos y fuera de los tribunales, decide, juzga y ejecuta”(Foucault, 1998, p.39). Las personas allí hacinadas lo estaban porque no podían formar más parte de la sociedad, ya que perturbaban el orden público. Además, las diferentes personalidades que ingresaban en el hospital tenían en común una principal característica: “la incapacidad de formar parte de la producción, de la circulación o de la acumulación de riquezas”(Foucault, 2016, p.97). Este fenómeno de la internación responde entonces a las necesidades del sistema productivo, el cual se encuentra

en crisis económica en el S. XVII y requiere de personas física y psicológicamente preparadas para hacer funcionar sus dinámicas económicas y sociales. Toda amenaza al sistema ha de ser marginada, produciendo así una suerte de reestructuración social.

Más tarde, en el S. XVIII, la internación desmedida de cualquiera que no cumpliera con el orden de la racionalidad establecida, comenzó a dislocarse, pues fueron muchos los familiares que comenzaron a cuestionar el porqué del internamiento de sus hijos, maridos o padres. Más allá del loco, el cual podía ser excluido de manera “justificada” a ojos de la sociedad, existían demasiadas etiquetas —libertinaje, pobreza, enfermedades venéreas— que justificaban, a ojos del Estado, el encierro de estas personas. A causa de ese temor infundado en la sociedad francesa, se decide entonces liberar a todas las personas que se encontraban en los hospitales generales, menos a los locos. Durante este siglo la hospitalización de los dementes deja de lado el “régimen de fuerza” y busca salvaguardar sus cuerpos de sus delirios mentales, los cuales le generaban múltiples males (Cfr. Foucault, 1984, p.90).

A partir de este momento, la internación de la locura requiere entonces de una justificación superior a la de la perturbación social que ocasiona, pues muchas de las diversas personalidades que eran entendidas como “potencialmente irracionales” y perturbantes habían sido puestas en libertad. Las personas locas pasaron a ser entonces las herederas naturales de la internación, pero dicha reclusión exige entonces una nueva significación: se transforma en una medida de carácter médico (Cfr. Foucault, 2016, p.98). Pese a que el diagnóstico de la locura comienza a ser una cuestión médico-científica, se podría entender que la figura del médico no funciona sobre el loco como sanador sino como «agente de las síntesis morales». La labor del médico en este tipo de intervenciones consistía en sancionar las conductas anormales o desviadas, tratando de controlar éticamente el comportamiento de sus pacientes. Así pues, las intenciones terapéuticas dentro de la psiquiatría no sólo trataban de beneficiar la salud mental del loco, sino que también otorgaban una gran importancia a la tarea de corregir mediante técnicas punitivas sus valores morales y fomentar su comportamiento disciplinado.

Como vemos, la marginación de la locura es una táctica propia del sistema que busca esclarecer incluso de la mente de los ciudadanos cuál es el comportamiento modelo y cuál el punible. De este modo se configura también el sistema social de taxonomización de la cordura, donde queda claro cuál es el límite entre el sano y el loco, el deseable y el repulsivo. El psiquiátrico funciona entonces como “ese recorte del espacio social”(Foucault, 2016, p.110) necesario para excluir a los locos del mundo funcional que no debe ser perturbado. Tal y como hemos adelantado con anterioridad, cada cultura tiene un umbral específico que va

evolucionando en base a cómo evolucione dicha sociedad. Según Foucault, en nuestra sociedad, la occidental, este umbral se ha visto afectado negativamente desde mediados del S. XIX a causa del psicoanálisis, del cual hablaremos en profundidad más adelante.

DISCUSIÓN: La femineidad en cautiverio: la vivencia femenina dentro del sistema de salud mental y el psicoanálisis

2.1. Lo Uno y lo Otro: dicotomía entre la razón y sus contrarios

*“Ninguna colectividad se define jamás como
Una sin colocar inmediatamente enfrente a la
Otra”*

— SIMONE DE BEAUVOIR

La obra primigenia del feminismo de segunda ola, *El segundo sexo*, así nos lo demuestra: El Uno siempre será el conjunto de los hombres, quienes entienden a los demás mediante la diferencia, como Otros, que no son hombres. Existen categorías, según Simone de Beauvoir, que consiguen dominar por completo a la otra, en su mayoría de ocasiones por superioridad numérica. Sin embargo, no ocurre así con el cómputo de las mujeres en relación con los hombres. De igual modo, otros colectivos, como por ejemplo, el total de los judíos, sí tienen una historia propia a través de la cual son capaces de reconocerse como iguales entre ellos y de señalar a su agresor y organizarse contra él. En el caso de las mujeres no existe esta historia ni esta sensación de identidad, estamos desposeídas de nuestro pasado y de nuestro presente. De cierto modo, tal y como Beauvoir lo plantea, encontramos en esta relación mujer-hombre una suerte de dialéctica del amo-esclavo hegeliana:

“El amo y el esclavo también están unidos por una necesidad económica recíproca, que no libera al esclavo. Y es que, en la relación entre el amo y el esclavo, el amo no se plantea la necesidad que tiene del otro: detenta el poder de satisfacer esa necesidad y no le mediatiza; por el contrario, el esclavo, en su dependencia, esperanza o temor, interioriza la necesidad que tiene del amo; pero, aunque la urgencia de la necesidad fuese igual en ambos, siempre actúa en favor del opresor frente al oprimido”(Beauvoir, 1949, p.5).

Asumimos pues que la posición de inferioridad de la mujer ante el hombre es de cierto modo premeditada por parte del conjunto masculino, quien a través de la religión, la ciencia y la historia ha tratado de justificar su lógica superioridad. Han puesto, en cierto modo, todas estas disciplinas a su servicio, creando así un entramado lógico de argumentos que les dieran la razón en su posicionamiento ante nosotras. Los motivos por los cuales hemos sido excluidas de la filosofía, la religión y la ciencia son constantemente los mismos: la no racionalidad, la vinculación con lo natural e incontrolable, la misticidad desconocida. Una mujer no puede hacer filosofía, ni ser venerada; vive en el error constante y en pecado. En palabras de la propia autora: “Legisladores, sacerdotes, filósofos, escritores y eruditos, todos ellos se han empeñado en demostrar que la condición subordinada de la mujer era voluntad del Cielo y provechosa para la Tierra. Las religiones inventadas por los hombres reflejan esa voluntad de dominación: han sacado armas de las leyendas de Eva, de Pandora; han puesto la filosofía y la teología a su servicio”(Beauvoir, 1949, p.6). Lo que se esconde en las profundidades de la cuestión es una diferenciación de capacidades, de voluntades primigenias, de para qué hemos nacido unos u otras. No se debe hacer historia sin objetividad¹, ni se puede ser objetivo sin raciocinio. Es por ello que no se puede contar con las mujeres, por su irracionalidad y falta de capacidad objetiva.

Esta dicotomía entre Uno/Otro se extrapola a las demás diferencias que se establecen entre las facultades representativas de lo masculino y de lo no-masculino, pero nos centraremos principalmente en la dicotomía racionalidad/irracionalidad. El Uno, como ser pensante, empatiza con sus iguales y aísla su realidad del Otro, al cual niega tanto racionalmente como socialmente, entendiéndolo como lo ajeno e impuro, lo impropio. En suma, podríamos decir que el Otro, específicamente representado por el colectivo de las mujeres, representa todo lo que negaría ser Uno. Ante estos planteamientos cabría preguntarse si es posible que el Otro devenga Uno, para así de algún modo conseguir cierto tipo de igualdad conceptual mínima, pero dentro de este entramado terminológico esta posibilidad de cambio se agota: “No es lo Otro lo que, al definirse como Otro, define lo Uno, sino que es planteado como Otro por lo Uno, al plantearse este como Uno. Más, para que no se produzca el retorno de lo Otro a lo Uno, es preciso que lo Otro se someta a este punto de vista extraño.”(Beauvoir, 1949, p.4). Dicho retorno tendría lugar si fueran equiparables ciertas cualidades del Otro con las del Uno, pero esto pondría en cuestión los pilares

¹ Cabe cuestionar la objetividad de la historia, la cual ya ha sido refutada por numerosos pensadores e incluso historiadores. De igual modo, es sabido que la intención de la historia ha sido en múltiples ocasiones narrar el curso de la misma sin matices ideológicos.

característicos del propio Uno, por eso somos relegadas a la extrañeza y a lo incomprensible. A todo lo que no se querría ser.

Los motivos que dividen y generan la barrera entre lo comprensible, el Uno, y lo ininteligible, el Otro, son material fetichizable dentro del mundo de la razón. Todo lo ajeno a la norma no sólo se vuelve prohibido y *enfermo*, si no que es en cierto modo deseado o admirado por la intelectualidad del Uno. Este fenómeno no es novedoso, vemos los mismos efectos con el colonialismo y el racismo: desestimar y oprimir al Otro pero mientras, en el fondo, erotizando su diferencia. Dicha diferencia, en el caso de las mujeres, se relaciona principalmente con su naturaleza pasional, alejada de la racionalidad hegemónica masculina. A dicho raciocinio se le ha relacionado con la creación de la cultura y el desarrollo del intelecto, dejando a las mujeres el lugar de los sentimientos incontrolables y de la pasión irrefrenable, creando de este modo un binomio altamente perjudicial para la historia de las mujeres. A través de la expectativa que crea la anterior dicotomía, lo femenino pasa a ser lo naturalmente enfermo, requiriendo así de manera indispensable la intervención de la cultura (los hombres) para ser corregida. La matiz natural que se vincula al cuerpo de las mujeres acarrea consigo características emocionales y empáticas, siendo entonces fácilmente patologizables por las instituciones psiquiátricas que entran en vigor en el siglo XIX.

2.2. La mirada como diagnóstico: la representación femenina de la locura en el S. XIX

Dentro de la historiografía proporcionada por el estudio de Michel Foucault no se especifica de manera concreta la situación de las mujeres en la institución psiquiátrica, sino que es añadida su experiencia en la descrita situación del *loco*. De igual manera, las vivencias de las locas en materia de patologización no son equiparables a las del hombre psiquiatrizado, por lo cual resulta insuficiente hablar de la historia de la psiquiatría sin hacer alusión a la experiencia estrictamente femenina.

En el s. XIX, el diagnóstico de la locura se ejerce principalmente por la mirada: el médico tenía el poder de saber si alguien estaba loco atendiendo a sus gesticulaciones y a su comportamiento. Es así que fueron apareciendo diversos estereotipos visuales de la locura, los cuales trataron de ser plasmados mediante el arte o la fotografía en informes médicos o vademecums sobre psiquiatría. La autora Julia Montilla narra, en su obra *Enajenadas: Ilustraciones médicas de la locura femenina en el siglo XIX*(2016), el cambio de género que sufre la figura del enfermo mental durante la consolidación de la institución psiquiátrica.

Mediante las obras artísticas (principalmente pinturas) y la fotografía, se trata de plasmar la estética con la que cumple la imagen de la loca en sus diferentes posibilidades. Durante este periodo, las características que solían estar asociadas a la sinrazón, evolucionan hacia un carácter más emocional; es por esto que se desliga poco a poco la patología mental y la locura de las figuras masculinas y pasan a pertenecer también a la feminidad. Hasta mitad del siglo XVIII, la imagen del loco que imperaba era «el estereotipo del lunático, rabioso, musculado y semidesnudo», pero ésta se ve sustituida por una nueva definición de locura: “la locura como un error de razonamiento”(Montilla, 2016, p.40). El hombre, ligado a la razón y a la entereza, no estaba loco porque fallara en su razonamiento, sino que tenía una forma diversa de vivir en el mundo o de comprenderlo. Su inconformidad y desencanto, derivados de su contexto social, le hacían delirar y transformarse en algo que no era: un enfermizo irracional. Por otro lado las mujeres, entendidas como las opuestas a la razón, contenían dicho “error de razonamiento” de manera innata por su condición de femenina.

Durante este periodo, las pasiones son entendidas como el desencadenante de la locura: “por el cambio de género, la locura está adquiriendo características femeninas; despojándose de la violencia y tomando rasgos sentimentales, pasando desde el constructo masculino de la brutalidad y la beligerancia militar, al estereotipo basado en la emotividad excesiva”(Montilla, 2016, p.40). La susceptibilidad de las mujeres las hace dignas de esta emotividad, la cual recibe la categoría de patología mental, condenando todo sentimentalismo femenino a la revisión psiquiátrica. Como hemos mencionado, lo que se entiende por locura depende del contexto cultural, y es por ello que en el s. XVIII las novelas y las obras artísticas enfocadas en las mujeres “perdidamente enamoradas” favorecerán de cierto modo la patologización de la emotividad excesiva².

A nivel estereotípico, la locura en mujeres y en hombres estaba claramente distinguida: el hombre expresaba su manía mediante la violencia, mientras que las féminas exteriorizan el desorden mental con una actitud sexualmente provocativa. La violencia no era propia de las mujeres, de hecho, asustaba encontrar esas características combativas en su personalidad debido al “miedo que despertaba el empoderamiento político de las mujeres”(Montilla, 2016, p.42). Todo acto violento manifestado por una mujer será atribuido, en el s. XVIII y XIX, a las consecuencias de la Revolución francesa. Es así como el psiquiátrico se convierte en el mecanismo estatal que cumplía con la reclusión de mujeres insurrectas y reivindicativas durante este periodo revolucionario en Francia. Asimismo, a

²En la famosa obra de W. Shakespeare titulada Hamlet (1603), podemos observar dicho fenómeno en la figura de Ofelia.

nivel de datos, en 1850 las estadísticas confirman que el número de mujeres internadas era mayor que el de hombres (Kromm, 1994, p.507). El hecho de que fueran las mujeres las que más habitaban estos espacios las hace las principales sufridoras de sus terapias, las cuales en muchas ocasiones implicaban verse envueltas en situaciones violentas e intrusivas. Más allá del encierro, el cual cuenta con cierta violencia de manera implícita, las mujeres serán utilizadas como modelos para plasmar los rasgos físicos de su enfermedad mediante la fotografía o la pintura. En muchas de estas imágenes, las modelos simplemente performaban las actitudes que se quería ver en ellas para así cumplir con el estereotipo de su enfermedad (Cfr. Montilla, 2016, p. 55).

En conclusión, la historia de la psiquiatrización está marcada por este cambio de género que sufrió la locura en el s. XIX, el cual fomenta el ingreso de mujeres insurrectas o que de cualquier manera no cumplían con las expectativas propias del carácter femenino. Su excesiva pasión, vinculada con su condición biológica-hormonal de mujer, requería en un gran número de casos de aislamiento y exclusión social. Cualquier intento por parte de las mujeres de la época de mostrar actitudes combativas o atípicas a nivel temperamental era tildada de envidia o de enajenación a los ideales revolucionarios. Esta característica se relaciona con la envidia, la cual, a niveles extremos, era enfermiza y típica de una loca. Este cambio de género marca la historia de la psiquiatría y hoy día seguimos envueltos en esta problemática, la cual ha encerrado a múltiples mujeres en hospitales a causa de su histeria desmesurada. En muchas ocasiones, este exceso emocional se sigue justificando biológicamente, pues las mujeres pasan diversos procesos hormonales que fomentan su desacato, pero cada vez más se observa que la locura de las mujeres no depende de su cuerpo sino de cómo su cuerpo vive.

2.3. La histeria, ¿estrictamente femenina?

En la mencionada obra de M. Foucault *Enfermedad mental y psicología*, se cita a Ernest Dupré, conocido psiquiatra francés de la época centrado en los estudios acerca de la histeria, con el fin de dotar de un significado a la misma. Dicho psiquiatra la define así: “Estado en el que la potencia de la imaginación y de la sugestionabilidad (...) desemboca en la simulación más o menos voluntaria de síndromes patológicos”(p.12). También añade que la sintomatología asociada a esta enfermedad se relaciona con caracteres sugestionables, parálisis, sensación de anestesia y anorexia, entre otros, careciendo éstos de un origen orgánico. En otras palabras, la histeria es entendida como un desorden que afecta al sistema

nervioso, generando dolencias de carácter orgánico no identificables, siendo relacionada en parte con vivencias traumáticas que son las culpables del afloramiento de la propia sintomatología.

Durante el periodo de conceptualización de la histeria, ocurrido en la Francia de la Tercera República(1870-1940), el paradigma científico positivista estaba en auge y trataba de poner en cuestión todo conocimiento que se relacionara de algún modo con interpretaciones místicas o religiosas. Mediante la teorización de la histeria se descartaron numerosos discursos que relacionaban la sintomatología histérica con posesiones demoníacas o con explicaciones esotéricas. Fue Jean-Martin Charcot (1825-1893) quien finalmente dio forma a la teorización de la histeria y quien la alejó científicamente de las ideas religiosas, encargándose de aislarla de otras enfermedades como objeto gnoseológico y de crear un aparato discursivo que la relacionaba directamente con el cuerpo de las mujeres (Cfr. Montilla, 2016, p.65). Gran parte de las investigaciones sobre la histeria realizadas por el propio Charcot tuvieron lugar en la Salpêtrière, un psiquiátrico femenino que en el último tercio del siglo XIX era habitado por más de cuatro mil mujeres(Cfr. Ramos, 2022), donde se realizaron diversos experimentos con sus cuerpos y se trató de conocer más a fondo la experiencia de las histéricas mediante la observación. La histeria, al ser un diagnóstico ambiguo que ha sido profundamente cuestionado desde sus primeras teorizaciones, era entendido de manera general de dos formas diferentes dentro de la institución médica: una de ellas, la negacionista, no entendía a las personas histéricas como verdaderamente enfermas, sino como personas a las que no les pasaba nada; la otra vertiente —la de Charcot— defendía que era una enfermedad, al igual que cualquier otra, lo que de índole mental(Cfr. Ramos, 2022). A pesar de que la teoría de Charcot generase cierta simpatía, ni siquiera los médicos y psiquiatras en favor de la histeria consiguieron resolver el oscuro entramado que implicaba dicha enfermedad. No es hasta Freud que la histeria va a ser estudiada a fondo y tratada desde el psicoanálisis, teoría que se encuentra en desacuerdo con la medicina y la psiquiatría general.

Sigmund Freud (1856-1939), reconocido como el padre del psicoanálisis por ser su primer y principal fundador, se adentra en el mundo de la psiquiatría mediante la observación de las llamadas enfermedades mentales, estudiando a los pacientes y buscando la explicación de por qué brotaban en ellos dichos males. Asimismo, todas sus teorías sobre las diferentes patologías estudiadas por él están fundamentadas en base a su experiencia clínica, la cual narra en muchas de sus obras. En un comienzo, el trabajo de Freud, que se centraba en observar y dialogar con los pacientes, se entendía como la búsqueda de un

método de curación para los enfermos neuróticos, principalmente histéricos; más adelante, la teoría freudiana, bajo el nombre del psicoanálisis, se convierte más bien en una forma de explicar y comprender nuestra estructura psíquica y los actos que de ella derivan.

Se podría decir que el psicoanálisis nace del encuentro con la histeria, siendo así como Freud comienza sus investigaciones acerca del inconsciente (Cfr. Ramos, 2022) y los motivos traumáticos por los cuales una persona manifiesta crisis de tipo neurótico. Para Freud, tras observar y dialogar de manera cotidiana con las pacientes, la histérica —pues son en su mayoría mujeres— debe haber sufrido en algún momento de su infancia una experiencia traumática de índole sexual; es, de algún modo, “un sujeto neurótico atravesado por el complejo de Edipo” (Ramos, 2022). Las principales diferencias entre la concepción de Charcot acerca de la histeria y las de Freud se centran en el terreno contemplativo: mientras que Charcot investiga la enfermedad mediante la mirada, Freud lo hace mediante la escucha (Cfr. Montilla, 2016, p. 66). Para Freud, es incomprensible la histeria de la paciente si se ignora al sujeto comunicacionalmente: es mediante su discurso como podremos encontrar las quiebras en su psique y en sus vivencias. De igual modo, Freud buscaba en las palabras de las histéricas los susurros de su inconsciente, siendo éste el que verdaderamente les ocasiona los daños: “el habla consciente de los pacientes no es más que una emanación de otra habla, la inconsciente, que nos conduce a los orígenes de la histeria” (Ramos, 2022). Asimismo, la comprensión de la definición freudiana de la histeria requiere del conocimiento de todo el léxico propio de su teoría psicoanalítica, la cual no es enteramente de nuestra necesidad, pero cabe destacar que para Freud, el cuerpo de las mujeres y su comportamiento han sido siempre un enigma.

Mediante sus teorías acerca del falo y del complejo de Edipo³ —teoría base del psicoanálisis—, Freud acepta no haber agotado el problema de lo femenino. Según el filósofo, el complejo de Edipo en mujeres se irá deteriorando poco a poco aunque nunca por completo, mientras que su posición ante la lógica fálica es la de no poseer, y por ello, envidian aquello de lo que carecen: el falo. La histérica vive entonces, según la teoría freudiana, de manera angustiada su propia castración y la ausencia del falo. Más adelante, Lacan tratará de resolver las vías abiertas que Freud dejó sobre la femineidad, aclarando que la mujer sí que es participante de la lógica fálica, pero que también posee una lógica propiamente femenina (Bousoño et al, 2016, p. 34). El psicoanálisis tras Freud ha tratado de

³Requerimos menciones del psicoanálisis freudiano para hacer uso de ciertas nociones aunque sea de manera breve y un tanto superficial. Tenemos en cuenta que la cuestión es compleja y todavía más profunda pero no podemos tratarla tanto como se debería en este trabajo.

resolver, mediante múltiples teorías, la psique propiamente femenina y sus debidas complicaciones, que son las que derivaron a las mujeres de la época a los encierros psiquiátricos y a su debida hospitalización. Aún así, podría decirse que sus teorías analíticas acerca de los pacientes y sus modos de curación no fueron nunca respaldados con gran apoyo institucionalmente y es por ello que el saber psicoanalítico queda relegado a una especie de “explicación de segunda” inferior al saber médico-psiquiátrico.

Como vemos, el diagnóstico de la histeria tiene una relación directa con las mujeres y sus cuerpos. Las manifestaciones de la histeria, de acuerdo con Charcot, estaban localizadas en los ovarios, siendo éstos los detonadores de las crisis histéricas: “tocarlos meramente podría provocarles un episodio”(Montilla, 2016, p.67). Es por ello que las histéricas y sus cuerpos fueron tratados por parte de la psiquiatría y de la investigación psicoanalítica como cobayas de laboratorio, y todas las reacciones resultantes de dichos experimentos eran expuestas tanto mediante fotografías como públicamente en conferencias y demostraciones que tenían lugar en los propios psiquiátricos. La justificación de que la histeria reside entonces mayoritariamente en las mujeres es puramente biológica: ellas poseen el cuerpo donde ésta puede desarrollarse. En el caso de Charcot, es explícito, pues la histeria se engendraba en los ovarios de la paciente, pero en el caso de Freud también podemos encontrar ideas de este tipo aunque de manera menos directa. El psicoanálisis se mueve principalmente mediante conceptos sexuales, relacionados con los órganos reproductores y sus funciones, dotando a la experiencia femenina de una posición indeseable debido a su condición biológica. Su ausencia de falo y su “castración” simbólica colocan a las mujeres en una situación de frustración que las empuja a la envidia, al dolor y a la humillación, haciendo falta bastante esfuerzo y fantasía para explicar cómo puede alguien disfrutar de ser mujer (Rubin, 1986, p. 126). El psicoanálisis empuja a la mujer a una situación de inferioridad con respecto al hombre (principalmente a su padre, si nos centramos en el complejo de Edipo) en la cual solo le queda lidiar con su frustración y acomodarse, de algún modo, en su desfavorable situación sin caer en la neurosis.

ACTUALIDAD Y POSICIONAMIENTO

3.1. ¿Cuál es la causa de la mayor incidencia de locura en las mujeres? El género como síntoma y enfermedad

Para contestar a la pregunta expuesta es necesario primeramente delimitar a nivel histórico cuáles han sido las principales diferencias entre hombres y mujeres que son las que han justificado el trato desigual a nivel social e institucional. El problema que expone a las mujeres a su desfavorecida condición es, según el pensamiento de Franca Basaglia —escritora y activista feminista— esbozado su ensayo titulado *Mujer, sociedad y política*(1983), el cuerpo con el cual la mujer ha sido identificada (p.14). Sobre el cuerpo de las mujeres se ha establecido una pirámide de desigualdad la cual ha sido justificada mediante su condición de natural: la naturaleza de su cuerpo, biológicamente inferior, la coloca en una situación desfavorable de manera lógica. La corporeidad masculina se describe como fuerte y libre de «vínculos naturales» más allá de la obligada enfermedad y muerte, mediante el cual es capaz de vivir acorde a sus voluntades sin sentir restricciones fisiológicas. Muy al contrario, el cuerpo de las mujeres es un cuerpo restringido, que distancia a las mujeres de las vidas que desean tener debido a sus múltiples limitaciones. En palabras de la propia autora, esas características de “potencia y dominio” que son entendidas en el hombre como “naturales e históricas”, se contraponen a la “debilidad y pasividad” que le corresponde del mismo modo a las mujeres (1987, p.16).

Esta desigualdad, que se presupone como natural de los cuerpos, se ha traducido culturalmente, apunta Basaglia, en desigualdad histórica (p.17). Más allá de las implicaciones (reales o no) de la diferencia corporal, a nivel social y cultural se construye la ideología del desprecio hacia lo femenino y hacia sus formas, la cual sigue viva incluso siendo negadas las diferenciaciones entre ambos cuerpos a nivel de raciocinio y de capacidades. En base también a esta diferenciación se atribuyen ciertos modos de vida y ciertas actitudes a cada cuerpo, las cuales deben ser respetadas por ambos e interiorizadas, ya que implican un comportamiento, una estética, tareas específicas, etc. Hablando específicamente del comportamiento de las mujeres, “todo lo que la mujer en el curso de los siglos ha hecho para defenderse de la invasión constante de sí que debía soportar, se ha vuelto parte de su ser mujer: la otra cara mala, agresiva, masculina”(Basaglia, 1987, p.26). Toda reacción ajena al esquema de debilidad y pasividad femenina era una actitud impropia y cuestionable, calificada moralmente como “mala”. Es así como se restringe el margen de acción en las mujeres,

quienes cuentan con un espacio reducido en el que desarrollar su rol social y sus obligaciones del cual no pueden disociarse sin ser entendidas como *extrañas* o incluso *locas*.

El campo de acción que abarcan las mujeres con respecto al que abarcan los hombres a nivel social es cuantitativamente mucho inferior, y, de igual manera, es mucho más sancionado su incumplimiento. Este tipo de infracciones, señala la autora, “caen bajo las etiquetas y las sanciones psiquiátricas (...) la gravedad de esta infracción resulta directamente proporcional a la restricción del espacio”(p.31). Es a causa de este corto margen de error que la autora justifica el porqué de la mujer y su locura, o su mayor incidencia en la psiquiatría. El castigo social al que se ve sometido una mujer al incumplir sus roles de sumisión es mucho mayor que al que se enfrenta el hombre, y es por ello que es mucho más susceptible a caer en manos de la patologización psiquiátrica al romper con el esquema cultural de ser mujer. Al igual que se justifica biológicamente la actitud “pasiva y débil” de las féminas, todo lo que se coloca en su oposición es *contra natura* y debe ser entendido como una cuestión médica-psiquiátrica: las mujeres fuertes, inteligentes, agresivas o no maternales son fenómenos antinaturales (Cfr. Basaglia, 1987, p.35). Una mujer egoísta o violenta no es sino una mujer extraña y ajena a su naturaleza femenina, siendo esto condenable por impropio y anormal. Todo temperamento que no se corresponda con la actitud *natural* de las mujeres —la cual es establecida y designada a nivel cultural— es considerado como un «no-ser-mujer» y esto es un claro signo de enfermedad que ha de ser intervenido.

La estrecha relación entre la mujer con la naturaleza y sus cuerpos es lo que ha propiciado entonces el fomento de “mujeres deprimidas, gastadas, anuladas o inexistentes que viven dentro y fuera del manicomio”(p.53), las cuales no han podido superar ilesas el lastre de su femineidad. La autora concluye afirmando que siempre y cuando la locura se defina como «carencia» e «imposibilidad de alternativas» en situaciones de las cuales es imposible escapar, las mujeres serán siempre el sujeto de la psiquiatría y las más enfermas en relación con los hombres. Si los espacios a ocupar por las mujeres siguen siendo asfíxiantes y reducidos no existe la posibilidad de no ser *loca* en este sistema.

Sin embargo, la cuestión de las mujeres, sus cuerpos, y las implicaciones que tienen estos sobre su actitud y sus emociones está cada vez más puesto es cuestión. De este modo, mediante el derrocamiento de la idea de la hipersensibilidad natural femenina, se desarticula en parte la justificación biologicista que se le da a la feminización de la locura. La filósofa Judith Butler, una de las principales fundadoras de la Teoría *Queer*, analiza en su obra *El género en disputa* (2007) la problemática de la identidad femenina y su implicación como sujeto del movimiento feminista. Butler se pregunta qué características

comparte el cómputo de mujeres más allá de su opresión —la cual las atraviesa a todas, aunque no por igual— y si son éstas verdaderamente un mismo sexo y género.

El sexo, definido como inamovible y natural, se ha implantado como la base sólida y biológica de la distinción entre sexo y género. Por su parte, el género responde a la interpretación cultural que se hace de los cuerpos sexuados, condicionado entonces por el modo de socialización que desarrollan los diferentes sexos en el campo social. La autora Judith Butler se cuestiona en la presente obra (y en general en toda su trayectoria filosófica) si el sexo es tan rígido y natural como nos lo han presentado y cuánto más dependiente de factores culturales puede llegar a ser la concepción del género en comparación con la interpretación meramente biológica del sexo. Tal y como plantea Butler, “si el género es los significados culturales que acepta el cuerpo sexuado, entonces no puede afirmarse que un género únicamente sea producto de un sexo”(p.54). Esta típica asociación entre dos sexos y dos géneros se debe a la relación *mimética* que se da entre ellos, los cuales, al ser de un sexo u otro, tienden a socializar de cierto modo en específico, pero si el binarismo sexual acaba siendo derrocado nada indica que los géneros deban ser solamente dos. Una amalgama de posibilidades a nivel sexual conlleva, en base a esta lógica, una multiplicidad de géneros. Para hablar de que el sexo es *dado* o de que el género también lo es, es necesario entender cómo se dan los mismos y qué son a nivel originario.

En *El género en disputa*, la autora defiende la influencia puramente cultural en la categoría de sexo y argumenta, mediante el estudio de diferentes obras acerca de la cuestión y del análisis de ciertas bases científicas, cómo el binarismo sexual no se sustenta de manera incuestionable en diferentes bases biológicas: la categoría de mujer no tiene que ser necesariamente construida en base a un cuerpo femenino, ni tampoco la de hombre en cuanto al masculino. De este modo, el sexo pasaría a ser una categoría *con género*, influenciada a nivel cultural y sin tener realmente diferencias originarias con el propio género. Diversas autoras más allá de Butler —a las cuales ella cita y atiende en su obra— coinciden con el análisis de la filósofa, dotando al sexo de un arma política que responde a los intereses del sistema reproductivo. Asimismo, Monique Wittig(1935-2003), filósofa feminista francesa y estudiosa del género, resuelve esta situación argumentando que la motivación de clasificar los sexos en masculino y femenino responde a necesidades institucionales buscan naturalizar sus premisas para así, de este modo, ganar autoridad. El sexo sería para Wittig una noción “naturalizada pero no natural”, mediante la cual se sustentan “los requisitos económicos de la heterosexualidad”(Butler, p. 227).

Las ideas de Butler y de Wittig en gran parte son influenciadas por los propios cuestionamientos de Foucault acerca del sexo y su obligatoriedad. En su texto titulado *El sexo verdadero*, en *Herculine Barbin* (2007), el filósofo francés expone la necesidad que existe en Occidente acerca de la tenencia de un *sexo verdadero*, idea alberga intereses médicos y morales que son los que justifican la necesidad de que exista. Los vínculos entre el sexo y la verdad son complejos y oscuros, acarrear en el fondo valores esencialistas que de no ser respetados, desafiarían al poder. Esto es así porque estando situado en un contexto histórico y cultural concreto, el sexo se presenta como previo al discurso respaldado por la biología o por ese saber que se presupone como verdadero, inmutable o esencial. En este sentido, la idea de un sexo verdadero y por lo tanto estable que determine la existencia o el ser del cuerpo no es sino una construcción variable culturalmente. Existen entonces ciertas formas de vivir que insultan, en cierto modo, la supuesta verdad de nuestro sexo y que se corresponden con formas que escapan de este ideal estable que trata de situarse como lo real mediante la violencia. A pesar de que se tolere cada vez más a las personas que se alejan de los patrones del género, sigue existiendo cierto puritanismo que no concibe la idea de hombres pasivos o de mujeres viriles: “Existe en ellas algo así como un error. Un error entendido en un sentido filosófico más tradicional: una manera de proceder inadecuada a la realidad”(Foucault, 2007, p. 14).

A fin de cuentas, aunque con un discurso novedoso y más actualizado, Judith Butler pone en cuestión la obligatoriedad de un sexo verdadero y añade, también, el cuestionamiento a la posibilidad de vivir dichos sexos en relación únicamente a dos géneros. Si desentendemos el cuerpo de las mujeres⁴ como el motivo principal de su locura y empezamos a focalizar en las vivencias que las atraviesan, observaremos un cómputo de situaciones desagradables atravesadas por su socialización femenina como las culpables de generar en ellas personalidades delirantes. Más allá de una histeria residente en los ovarios, o de una psique con diferentes capacidades, todo apunta a que el problema de las mujeres y de su mayor índice de locura es el mundo en el que tienen que vivir y sus dañinas consecuencias.

En la actualidad, uno de los diagnósticos actuales más presente en las mujeres es el trastorno límite de la personalidad (TLP) o más comúnmente conocido como personalidad *borderline*. El TLP consiste en un trastorno de la personalidad dramático o impulsivo que destaca por la gran heterogeneidad de sus síntomas, entre ellos, una gran impulsividad, relaciones afectivas inestables, ira intensa, miedo maniaco al abandono, y conductas

⁴ Y todo lo que ello implica: cambios hormonales, dolor, etc.

autolesivas recurrentes. Dicho trastorno cuenta, de algún modo, con características en las pacientes que se asemejan de algún modo a las que presentaban las histéricas en el S.XIX. Primeramente, cabe destacar que aproximadamente el 75% de las personas diagnosticadas con TLP son mujeres (Ruiz y Vairo, 2008, p.304); dichos valores son los que han fomentado la investigación acerca de los sesgos de género en dicho diagnóstico. El sociólogo Wirth-Cauchon, en su obra dedicada al *borderline* titulada *Women and borderline personality disorder* (2001) define al trastorno como la “medicalización de los sentimientos y conductas autoagresivas de las mujeres en respuesta a las contradicciones de género y violencia de la sociedad moderna actual”(Ruiz y Vairo, 2008, p.304). Existen diversas relaciones entre las diagnosticadas con este trastorno y episodios de violencia extrema relacionados con su género. La relación entre las pacientes con TLP y la exposición a hechos traumáticos principalmente de índole sexual predominante en la infancia ha sido documentada: “El 86% de los pacientes con TLP reportaron abuso sexual en comparación con el 34% de otros pacientes psiquiátricos internados”(Ruiz y Vairo, 2008, p. 306). También existe relación entre los diagnósticos de TLP y las infancias con implicaciones parentales alteradas o directamente con pérdidas parentales y falta de cuidados por parte de ellos: “La ausencia del padre o su falta de implicación es un aspecto incluso más decisivo que los problemas que pueda tener el niño con su madre”(Caballo y Camacho, 2000, p. 46). Con todo, podemos observar como entonces la mayor prevalencia de este diagnóstico en mujeres guarda relación con las violencias a las que se ven expuestas en cambio socio-familiar, y con los roles de género que deben ser cumplidos y que se ven desafiados por este tipo de personalidades.

Más allá del TLP, la diferenciación entre las mujeres y los hombres en materia de salud mental apunta, de diversas maneras, a una mayor medicalización de la emotividad femenina y su consecuente patologización. Diagnósticos como la depresión y su sintomatología (mayor sensibilidad, sensación de abandono o vacío, tristeza constante, etc) guardan relación con las propias expectativas que se tiene del temperamento de una mujer, la cual es hipersensible: “el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) ha sido criticado por definir características típicamente masculinas (como asertividad y autonomía) como un estado de salud mental saludable, mientras que el comportamiento típicamente femenino, basado en la expresividad emocional, se presenta como un problema”(Bacigalupe et al, 2020, p.64). De igual modo, la peor salud mental de las mujeres ha sido demostrada mediante numerosas fuentes y estudios, la exposición a medios de vida mucho más difíciles hace que se presenten en mayor cantidad síntomas patológicos. Es así como, siendo partícipes de un proceso cada vez más evidente de medicalización de la vida,

hallamos en aumento el número de mujeres que reciben medicación en comparación con los hombres, teniendo ambos un mismo diagnóstico. Los datos muestran que las mujeres tienen más del doble de probabilidades de ser diagnosticadas con ansiedad o depresión que los hombres, y que del mismo modo, el consumo de psicofármacos es 1.75 veces superior en mujeres que en hombres (Bacigalupe et al, 2020, p. 65).

La actualidad, como vemos, no arroja esperanza para las mujeres, sino que demuestra, de diversas formas, como estamos expuestas a violencia cada vez desde más ejes. Las cifras citadas demuestran cómo en cuestión de salud mental tenemos grandes riesgos de acabar patologizadas debido a las situaciones a las que nos expone el ser mujeres. Con todo, la respuesta a la pregunta “¿Cuál es la causa de la mayor incidencia de locura en las mujeres?” debería distanciarse de la biología y centrarse en los modos de vida a los que nos enfrentamos a causa de nuestro género: “No es la anatomía lo que posiciona a las mujeres y hombres en ámbitos y jerarquías distintos, sino la simbolización que las sociedades hacen de ella” (Martín y Vairo, 2008, p. 303). Observamos como es en el día a día donde nos enfrentamos a los motivos que nos hacen devenir locas, que no es algo prescrito por nuestro cuerpo, sino que depende enteramente del trato que recibimos y de las vidas que se nos permite tener. Se podría decir que nuestra locura es fabricada socialmente y orquestada por el patriarcado y sus directrices. Con todo, si se tratara de buscar un culpable de dicha situación cabría más apuntar hacia lo cultural del género y sus implicaciones en la vida socio-política de las personas que se ven afectadas negativamente por él. Apuntar al patriarcado y a sus implicaciones directas sobre las mentes sería un acierto si tratamos de buscar respuesta a nuestra locura; si bien no se da en todas las mujeres (pues no todas las mujeres *están* locas), no podemos individualizar la culpa de su malestar en la *loca*, sino en lo que le ha hecho llegar a ese estado de sufrimiento, siendo comúnmente consecuencia directa del capitalismo y del patriarcado, principales empobrecedores de la calidad de vida de las féminas.

CONCLUSIONES Y VÍAS ABIERTAS

4.1. “No somos histéricas, somos históricas”: sobre el entendernos o no como mujeres-locas en el feminismo del S. XXI

Tal y como hemos visto de la mano de Foucault, los orígenes de la psiquiatría tienen su fundamento en la propia concepción que se tiene culturalmente de lo enfermo, que guarda relación con los ideales de racionalidad imperantes de cada momento histórico. La institución

psiquiátrica nace en cierto modo para desintoxicar las sociedades de aquellas personalidades que se entendían como peligrosas por despuntar de la norma social, y su figura ha condicionado, como hemos expuesto, el transcurso de la historia. Aliada férrea del Estado, la psiquiatría agrupaba en sus hospicios aquellas personas que eran despreciables, y por ende, patologizadas, con el fin de justificar médicamente sus encierros. Es innegable la relevancia que cobran históricamente los psiquiátricos como lugares de hacinamiento de la disidencia, sobre todo durante el siglo XVIII, del cual hemos hablado ya detenidamente. Toda clasificación de lo patológico o lo no patológico se realiza en base al ideal de la razón, el cual impera desde la Ilustración en todo Occidente.

Al igual que se hace evidente la figura de los psiquiátricos como espacios de reclusión, no podría entenderse su función sin el entendimiento de la razón como norma. Los ideales ilustrados se han dado y han sido posibles gracias a ciertos mecanismos que han podido permitirles triunfar, siendo uno de ellos el positivismo lógico y los lenguajes de la ciencia. Mediante la ciencia y sus teorías se trata de controlar por completo las individualidades y sus maneras de pensar, las cuales sólo pueden tener un modo de ser. Es gracias a la Unidad, a la posibilidad de reducir todo pensamiento social a *lo mismo*, que se puede estudiar científicamente nuestro *modus operandi* e imponer un régimen conductual acorde a la razón y a sus necesidades. Todo lo ajeno a ésta debe ser cuestionado e incluso ocultado. Es de esta idea de la que parte de igual manera Beauvoir para contraponer al cómputo de mujeres: nosotras no somos el Uno, somos lo Otro, lo desconocido y lo irracional, de lo que no se puede saber. Es así como el Uno y la razón pasan a ser sinónimos del hombre y de su intelecto innato, y como comienza entonces la dicotomía hombre-mujer a funcionar a nivel de capacidades. La irracionalidad nata de las féminas nos coloca en una peor posición en cuanto a intelecto, siendo entonces más fácilmente patologizadas en el ámbito de lo mental. Como ya hemos expuesto, la psiquiatría responde a las demandas del sistema y su necesidad del ideal de razón como motor, purgando a la sociedad de todo aquello que se oponga a dicha ideología. Es por ello que las mujeres somos su claro opuesto y que comienza, como describe Montilla, una gran patologización de la feminidad.

En parte, esta patologización ha sido protagonizada por el psicoanálisis. Las intenciones freudianas de arrojar luz sobre la cuestión femenina no hicieron más que patologizar a nivel biológico a las mujeres y condenarlas a una vida traumática desde sus comienzos. La lectura de Freud acerca de la histeria terminó de encasillar a las mujeres en su categoría de enfermas natas y no fue del todo una ayuda para las personas psiquiatrizadas de la época. A pesar de sus intenciones de ser una interpretación lejana a la psiquiátrica sobre las

mentes, terminó fomentando las mismas dinámicas coercitivas de abuso sobre los cuerpos de las mujeres. El filósofo español Paul B. Preciado expone en su conferencia posteriormente titulada *Yo soy el monstruo que os habla* (2020) los malos tratos que ha recibido el cuerpo por parte del psicoanálisis, el cual ha tratado de silenciar toda realidad corpórea ajena a sus ideas. El filósofo señala al pensamiento psicoanalítico como el culpable en gran parte de la construcción de las “psiques” femeninas y masculinas y como gran aliado de la epistemología de la diferencia sexual, que tiene como fin edificar y normalizar aún más las nociones de hombre y mujer y sus distinguidas diferencias: “No hay en el psicoanálisis freudiano ningún intento de superar esa epistemología, sino más bien de inventar una tecnología, un conjunto de prácticas discursivas y terapéuticas, que permitan *normalizar* las posiciones de *hombre* y *mujer* y sus identificaciones sexuales y coloniales dominantes y desviadas, dentro de esa epistemología hegemónica” (Preciado, 2020, p.71). Mediante esta ideología imperante en la teoría freudiana se reproduce el asentamiento de aquello que Foucault apeló *sexo verdadero*: el régimen de la diferencia sexual decide qué es lo verdadero y qué es lo falso, qué tiene cabida en el sistema y qué debe ser excluido de él. Podría concluirse que de algún modo el psicoanálisis requiere de dicho armazón de diferenciación biológica y sexual de los cuerpos para que sus teorías sigan teniendo articulación, pero de ser así su validez tiene los días contados en los tiempos que corren. Preciado propone a la academia de psicoanalíticos que se posicionen pronunciándose ante sus acusaciones, para que sea posible así situarles dentro de esta transición epistémica que poco a poco cuestiona cada vez más la verdad del propio sexo y su naturalidad.

Con todo, es en base a la crítica a estas ideas psicoanalíticas que se fundamenta también la crítica a la histeria: el origen de la histeria entendida como la locura propia de las mujeres no reside en los traumas sexuales que se alojan en su inconsciente. La patologización del cuerpo femenino como origen de todos sus males psíquicos debe ser superada y reinterpretada, dejando atrás lecturas como la psicoanalítica acerca de la cuestión del comportamiento femenino.

En la actualidad, el auge del movimiento feminista principalmente en España es incuestionable, y de él han aflorado ciertas consignas que denotan la ideología del propio movimiento. Una de ellas, vociferada en múltiples concentraciones a lo largo de todo el territorio español, dice así: “no somos histéricas, somos históricas”. Esta sentencia habla sobre las histéricas haciendo alusión a las mujeres que son llamadas de tal modo por no cumplir moralmente con los cánones de la feminidad, pero que obvia que la realidad de las verdaderas histéricas, aquellas que históricamente fueron encerradas en psiquiátricos por su

disfunción psíquica a ojos del poder psiquiátrico, cargaban con más que solo el peso de su amoralidad; no es posible equiparar el por qué a día de hoy se nos tilda de histéricas con lo que históricamente ha significado dicha palabra para las mujeres psiquiatrizadas. Pero más allá de este apunte, esta sentencia tiene parte de errónea en sí misma. Negar que somos histéricas, o más bien que así hemos sido entendidas en ciertos puntos de la historia, no resuelve todo lo que supuso durante un momento concreto el ser diagnosticadas con histeria. No podemos negar que la histeria ha existido y ha atravesado a múltiples mujeres, aunque no haya sido del modo en el que nos lo han transmitido. Es decir, quizás no eran histéricas del modo en el que la psiquiatría y el psicoanálisis han tratado de explicar —asociándolas de manera directa con sus ovarios y con sus psiques propiamente femeninas— pero su situación, la cotidianeidad violenta a la que se veían expuestas, así como la que vivían una vez eran diagnosticadas como tal, sí era la propia de una histérica. La negación de las premisas por las cuales se llega a dar un fenómeno, en este caso, la existencia de una mujer que sufre en nombre de la histeria, no niega de ningún modo al fenómeno en sí. Cuando se trata de negar ciertas construcciones conceptuales diciendo que éstas *no existen* para desaprobar así las prácticas que se le asocian, se termina generando un vacío que no es consecuente con la realidad material a la que nos ha arrastrado dicho concepto (Cfr. Cardenal Herrera, 2021)⁵. Nuevamente el lenguaje construye realidades, y una vez el fenómeno ocurre y se puede hablar de él y desde él, negarle sería simplemente invisibilizar su existencia. Volviendo a la histeria, afirmar que ésta no existe sería negar la opresión que supone la misma sobre las histéricas e imposibilitar de cualquier modo la lucha tanto teórica como práctica contra sus principios.

Debido a la imposibilidad de negar la realidad de las mujeres patologizadas a pesar del carácter construido cultural e históricamente del discurso que las sujeta, así como la necesidad que surge de la misma de prestar atención a dichas vidas, han surgido recientemente y cada vez más ciertos movimientos que denuncian tanto el ideal de razón predominante del discurso psíquico-médico como la violencia que sufren nuestros cuerpos a modo de consecuencia.

Desde hace relativamente poco tiempo los movimientos sociales de la actualidad han comenzado a interpretar la salud mental como un problema político. En el estallido social ocurrido en Chile en octubre de 2019 aparecieron pintadas en las calles que mostraban la

⁵ Herrera, C. [@CardenalHerrera] (17 de Octubre de 2021). *Cuando se habla de que cierta construcción conceptual "no existe" para condenar la práctica que esta ampara se pierde de...*[Tweet]. Twitter. <https://twitter.com/CardenalHerrera/status/1449736968376516609>

toma de conciencia sobre la cuestión: “No era depresión, era capitalismo”. Parte de la lucha anticapitalista ha identificado las consecuencias que tiene el propio sistema en nuestras vidas y que las convierte en unas vidas altamente patológicas; de este modo se ha dejado de buscar explicaciones médicas-psiquiátricas a la infelicidad de los ciudadanos. Los motivos por los cuales no es posible alcanzar una vida plena dejan de ser individualizados o de entenderse como patologías internas del sujeto y se comienza a expandir un discurso más globalizador acerca de los porqués: es normal no ser feliz bajo la norma económica y social que nos atraviesa. Asimismo, la desesperanza chilena comienza a ser entendida como una responsabilidad del sistema político-económico imperante que afecta muy negativamente. Es así como lo político comienza a vincularse de manera férrea con lo mental, y se empieza entonces a atacar lo sistemático en pos de resolver nuestro malestar psíquico. Cada vez se respira más desesperanza en relación a la psiquiatría y la psicología como solución o como método de acercamiento a una vida plena. A fin de cuentas, dentro de la institución psiquiátrica operan múltiples mecanismos que trabajan en favor de la ideología imperante y del sistema que nos domina. La psicología y la psiquiatría piensan en cómo el ser humano debe ser para ser feliz y apuntan hacia una persona adaptada cómodamente al sistema, que encuentra satisfacción en los modos de vida que éste ofrece y que no violenta ni cuestiona dichos mecanismos que hacen posible este mundo. Es así como se explicita que estas disciplinas siguen formando parte hoy día de las estructuras propias del biopoder y del control de cuerpos al que nos vemos sometidos bajo este sistema. Parte de dicho control de cuerpos es protagonizado por una de las principales estrategias propias de la psiquiatría y del sistema de salud en general: la medicación. Una de las principales estrategias del capitalismo para el control social y de masas ha sido en parte el uso de drogas estupefacientes, desde las cervezas hasta la heroína —pasando por los orfidales—. Ya sean introducidas o no por el propio sistema, no podemos negar su efecto alienante y la capacidad inhibidora que poseen. Asimismo, la psiquiatría junto con la farmacología han introducido el consumo de drogas legales como una alternativa de vida para las personas que no puedan lidiar de forma natural con su descontento. En la actualidad, el consumo de psicofármacos está disparado: España es el primer país del mundo en consumo diario de ansiolíticos⁶. Esto denota, como ya hemos remarcado, al empobrecimiento de salud mental que nos vemos sometidos dentro del sistema y la falta de herramientas que presenta el propio sistema de salud mental. En suma, la

6

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/Annual_Report/Spanish_ebook_AR2019.pdf

alienación farmacológica a la que nos vemos expuestos se presenta como aliada directa del capital y de sus intenciones más cuestionables.

Quizás todo lo que debemos ser para construir mundos mejores habita lejos de las alternativas que nos ofrece la psicología y la psiquiatría para *adaptarnos*. Asimismo, puede que simplemente no busquemos tal cosa y no queramos pertenecer a este género de soluciones o de lecturas de nuestras vidas.

Aun así, el hecho de entender que nuestra locura es social y que no somos las culpables de nuestro delirio, no debemos tampoco rechazar la propia identidad de la *loca*. Ciertamente las vivencias a las que nos vemos expuestas hasta llegar a ser patologizadas como *locas* no son agradables ni dignas de orgullo por nuestra parte, pero denotan en cierto modo nuestra no aceptación de la norma. De alguna manera el no sentir satisfacción bajo la alienación a la que nos invita el patriarcado es lo que nos ha acercado a la locura como única manera de entendernos fuera de sus lenguajes. Si bien existen locuras de todo tipo, pues no sólo la depresión o el TLP son las patologías que atraviesan a las mujeres, apoderarnos de la situación que nos atraviesa y hacer una relectura de sus orígenes puede llevarnos a entender qué de social se esconde tras nuestro diagnóstico. Desde luego, no abogamos por la aceptación de estas etiquetas psiquiátricas como manera de entendernos y de reducirnos, sino que aceptemos la locura como un posicionamiento político del que no nos queremos curar. Decir esto no es negar el sufrimiento que se esconde tras la locura, pues es una posición desagradable y no se puede disfrutar de la misma, pero el ocultamiento al que se han visto sometidas las patologías mentales debe de llegar a su fin. No podemos permitirles que sigan ocultando estas realidades como si fueran fallos del sistema: dichos fallos tienen derecho a la vida.

Bibliografía

- ADORNO, Th. W.(2007), *Dialéctica de la Ilustración*. Ed. Akal (trad. Joaquín Chamorro), Madrid.
- BACIGALUPE, A., CABEZAS, A., BUENO, M. B., & MARTÍN, U.(2020), *El género como determinante de la salud mental y su medicalización*. Informe SESPAS 2020. *Gaceta sanitaria*, 34, 61-67.
- BASAGLIA, F.(1987), *Mujer, sociedad y política*. Universidad autónoma de Puebla, México.
- BEAUVOIR, S.(1949), *El segundo sexo*. Kayleigh BCN(trad. Alicia Martorell), Barcelona.
- BOUSOÑO, N., MAZZONI, M. Y., ARCA, G., y NAPARSTEK, F. A.(2016), *Histeria, Femeineidad y Locura En Los Tiempos Del Otro Que No Existe*. Anuario de Investigaciones, 23, 33-37.
- BUTLER, J. (2002), *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Editorial Paidós, Barcelona.
- BUTLER, J.(2007), *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós Studio (trad. M^a Antonia Muñoz), Barcelona.
- CABALLO, V. E., y CAMACHO, S.(2000), *El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales*. *Psicología desde el Caribe*, (5), 31-55.
- FOUCAULT, M.(1984), *Enfermedad mental y personalidad*, Paidós Studio, Barcelona.
- FOUCAULT, M.(1998), *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, Colombia.
- FOUCAULT, M.(2007), *Herculine Barbin llamada Alexina B*. Talasa Ediciones, Madrid.
- FOUCAULT, M.(2016), *Enfermedad mental y psicología*, Editorial Paidós, Barcelona.
- FREUD, S.(1942), *Le rêve et son interprétation*, Éditions Gallimard, París.
- FREUD, S.(1962), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Éditions Gallimard, París.

- KROMM, J. E.(1994), *The feminization of madness in visual representation*. Feminist studies, 20(3), 507-535.
- LAGARDE, M.(2016), *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Ed. Siglo XXI, México.
- MONTILLA, J.(2016), *Ilustraciones médicas de la locura femenina en el siglo XIX*. Ed. Brumaria, Madrid.
- PRECIADO, P.(2020), *Yo soy el monstruo que os habla: informe para una academia de psicoanalistas*, Editorial Anagrama, Madrid.
- RAMOS, J.(2022), *La histeria, fundadora del psicoanálisis*. Centro Psicoanalítico Madrid.
<https://www.centropsicoanaliticomadrid.com/publicaciones/revista/numero-20/histeria-fundadora-psicoanalisis/>
- RIBAS, J.(1999), *Sexualidad, psicoanálisis y crítica feminista. Realidad: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, (72), 759-776.
- RUBIN, G.(1986), *Tráfico de mujeres. Notas sobre la "economía política" del sexo*. Revista Nueva Antropología, noviembre, año/vol. VIII, número 030 Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México pp. 95-145.
- RUIZ, M., y VAIRO, M. C.(2008), *Trastorno Límite de la Personalidad. Reino de mujeres, tierra sin hombres*. ERTE, 303.