

# Des-subjetivación de lo femenino mediante el diagnóstico psiquiátrico

## Una reflexión desde *Un viaje al manicomio* de Kate Millett



C. Elena Inostroza Boitano

Psicóloga y activista feminista chilena. Candidata a Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención Humanidades, Universidad de Chile, Chile  
camilainostroza boitano@gmail.com

Recibido: 25/05/2022  
Aceptado: 11/04/2023

### Resumen

Kate Millett (1934-2017) fue una activista feminista estadounidense, internada forzadamente en dos ocasiones a causa de un diagnóstico de bipolaridad. En el presente ensayo, se utiliza su relato en *Viaje al Manicomio* (1990), para evidenciar los mecanismos de des-subjetivación que operan en el proceso de diagnóstico psiquiátrico. Entre los que se vislumbran, se encuentra la lectura parcial y estigmatizada del sujeto diagnosticado, la incapacidad de ejecutar el ejercicio de voluntad respecto a cuestiones que atañen a sí mismos y la duda permanente de sí. De esta forma, se realiza una crítica al modelo biomédico y a la patologización de lo femenino.

■ Palabras clave: des-subjetivación, diagnóstico psiquiátrico, sujetos feminizados.

### De-subjectivation of the feminine through psychiatric diagnosis: a reflection from *The Loony-Bin Trip* by Kate Millett

#### Abstract

Kate Millett (1934-2017) was a feminist activist from the United States, forcibly hospitalized twice because of a diagnosis of bipolarity. In this essay, her story in *The Loony-Bin Trip* (1990) is used to highlight the mechanisms of de-subjectivation that operate in the psychiatric diagnosis process. Among the mechanisms of de-subjectivation that are glimpsed, there is the partial and stigmatized reading of the diagnosed subject, the inability to execute the exercise of will with respect to issues that concern themselves and permanent self-doubt. In this way, a critique of the biomedical model and the pathologization of the feminine is made.

■ Keywords: de-subjectivation, psychiatric diagnosis, feminized subjects.

## Introducción

¿Qué se necesita para ser sujeto? ¿Cómo una persona pierde la calidad de sujeto para convertirse en objeto? ¿Qué implicaciones políticas puede tener para un grupo de personas convertirse en objetos de representación, viéndose despojadas de la capacidad de enunciarse a sí mismas? ¿Qué rol cumple el paradigma biomédico en lo relativo a la concepción del sujeto? ¿Cómo se relaciona esto con los feminismos? ¿Cuáles son los mecanismos de des-subjetivación que conllevan los diagnósticos psiquiátricos en sujetos feminizados?

En la práctica de las ciencias ‘psi’ (psicología, psiquiatría) nos podemos encontrar con entidades nosológicas creadas para ubicar rasgos de personalidad, conductas, afectos, cualidad de relaciones interpersonales y desempeño social, en ciertas categorías o dimensiones psicopatológicas. Como es descrito de manera sumamente gráfica en el libro *Viaje al manicomio* de Kate Millett, los diagnósticos generan que las conductas, sentires y pensamientos de las personas que ‘padecen’ alguna patología de salud mental, muchas veces no sean leídos desde la especificidad del contexto de ese ser humano.

Bien documentadas están las condiciones de desigualdad estructural a las que nos vemos sometidas aquellas personas con cuerpos feminizados (Federici, 2016; Ludditas Sexuales, 2016; Gaviria y Alarcón, 2010), entre éstas, se puede mencionar un contexto social y material que hace más propensos los abusos y el acoso sexual, la violación, entre otras expresiones de violencia física y sexual, tanto en el espacio público como en el privado; sobrecarga de responsabilidades cotidianas, ligadas al rol femenino tradicional (trabajo productivo y reproductivo del hogar, trabajo de cuidados, trabajo afectivo), y a la inserción en el mercado laboral, en un contexto social y político donde los servicios sociales se han desmantelado y llevado a la esfera privada; desigualdad laboral (brecha salarial, “tejado de vidrio”, exclusión de disidencias sexo-genéricas), política (concepción y praxis política entendida en términos patriarcales) y social (concepción de lo femenino como sinónimo de debilidad y representación de éste en tanto objeto).

Es relevante, en este sentido, las reflexiones de Emilce Dio Bleichmar (2011), médica argentina que vincula las desigualdades de género presentes en salud con el abordaje terapéutico y el análisis que se realiza en torno a ellas, dando luces respecto a la construcción de la subjetividad femenina (o podríamos decir feminizada) como algo misterioso y enigmático, dada la invisibilización y naturalización de ciertos malestares propios de las “mujeres” –y agrego, de individuos feminizados– desde la óptica médico-científica, la cual se ha construido desde un lugar específico, lejano y displaciente con estos malestares. Por ejemplo, mencionando la dependencia afectiva y la carga de ser las “administradoras del amor” como un estado propio de nosotras/es, señalando: “La sociedad nos lo asigna. La cultura entera nos lo recuerda” (13).

Otro ejemplo es el de Leticia Glocer Fiorini (2019), médica y psicoanalista argentina que propone buscar alternativas a la cuestión de “lo femenino” desde el psicoanálisis, diferenciando conceptos como feminidad, femenino, mujer, desafiando el relato único de lo femenino como una “falta originaria” vinculada a la envidia del pene o a la constitución de su diferencia radical mediante el goce femenino; respuestas que clausuran posibilidades de observar la noción de lo femenino y la diferencia sexual desde ópticas que incorporan un análisis crítico y cultural.

Por su parte, Irene Meler (2020), psicóloga y co-fundadora del Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, también realiza un análisis lúcido en torno al combate de ciertos “vicios epistemológicos” y el “reduccionismo

biologicista” (9) que existen en el área de salud mental, generando reflexiones críticas del modelo de feminidad pasiva y narcisista propuesta por Freud.

De esta forma, Débora Tajer (2002), doctora en psicología y también miembro del Foro de Psicoanálisis y Género mencionado previamente, señala lo productivo que ha sido el vínculo entre los estudios de género y la salud mental, dando pistas sobre cómo abordar ciertos malestares propios de vivir en una sociedad patriarcal.

Así, este ensayo se integra en una línea de estudio y análisis crítico en torno a la construcción de la subjetividad de lo femenino y la imposibilidad de constituirse como sujeto a través del lente de los diagnósticos psicológicos y psiquiátricos. Si bien se señala más adelante, es importante precisar que se entenderá como “lo femenino” todas aquellas identidades que escapen del varón heterosexual cisgénero, es decir, mujeres, cuerpos feminizados, masculinidades no hegemónicas, espectro no binario y fluido, entre otras.

Por lo anteriormente mencionado, es posible sugerir que ser un sujeto feminizado constituye un factor de vulnerabilidad en general y al hablar de salud mental (Antúnez y Vinet, 2013), pero ¿somos efectivamente más propensas/es a padecer trastornos mentales? En este sentido, cabe cuestionarse cómo ha sido la construcción social de la enfermedad mental (Huertas, 2011) o si la práctica psiquiátrica y psicológica, que se desenvuelve en un contexto patriarcal, ha generado una correlación ilusoria entre lo femenino y la tendencia a padecer más patologías mentales *per se*, cuando en realidad, son aquellas condiciones categorizadas de “enfermedad” las que están hechas para que nosotras y nosotres calcemos ahí (Lafaurie, 2010). Podríamos pensar que, lo que realmente falta, es cuestionar los parámetros normativos que como sociedad hemos establecido: lo aceptado, lo prudente, lo adecuado. Y cómo patologizamos a todas aquellas personas que se apartan de ese margen rígido de sanidad y decencia. Cuestión que, por ejemplo, Moira Pérez (2019), investigadora en filosofía y estudios de género, reflexiona mediante la teorización queer en torno al lugar del cuerpo en la discusión normalidad/anormalidad, señalando los mecanismos por los que todxs participamos de la reproducción del modelo.

¿Y qué pasa con las personas que son definidas como no-normales? ¿Qué pasa con una persona cuando le asignan una etiqueta que tiene una carga social potente, como la locura, la impredecibilidad o lo irracional? ¿Qué pasa cuando las personas no se comportan como se espera? Cuando se toman decisiones erráticas, se habla mucho, se come poco, se engorda, se duerme mucho, se pierde el sentido de la vida o se realizan acciones poco racionales. ¿Seguimos ocupando el mismo espacio en la sociedad? ¿Seguimos siendo sujetos?

El supuesto que aparece es que los diagnósticos psiquiátricos generan una condición de des-subjetivación en los sujetos, entendiendo esta condición como la “imposibilidad en la producción de un sujeto” (Echevery Gaviria, 2021: 14) mediante la “negación de la vida política y social” (Zubiarte, 2017: 34), particularmente en aquellos que cumplen con características femeninas, mediante despojar a éstas personas de su subjetividad, de la capacidad de ejercer su voluntad y generando lecturas parciales de sus vidas, acciones y decisiones, acordes al modelo biomédico, que a su vez, se inserta en un contexto colonial y heteropatriarcal. Haciendo necesario re-apropiar al sujeto patologizadx de su condición de ser humanx (Mora-Ríos y Bautista, 2014; Pla *et al.*, 2013; Ortega, 2011). Es decir, como señala Echevery Gaviria (2021), siguiendo a Foucault y Agamben, mientras la subjetivación se comprende como:

la manera en la que el individuo llega a ser sujeto en constante devenir, como un no acabamiento, como desidentificación, como posibilidad de un nomadismo indeterminado, como devenir sujeto en las relaciones de conocimiento, poder y en las prácticas a través de las cuales se constituye. (18)

La des-subjetivación se va a entender como “un proceso de negación” (19) en el marco de dispositivos de poder que delimitan y, a la vez, difumina “la línea en la que el individuo deviene sujeto” (19). Convirtiéndose el diagnóstico psiquiátrico en uno de estos dispositivos que norman las posibilidades de ser un sujeto-en-el-mundo o, como señala Zubiarte (2017) es una insistencia en la deshumanización.

Si bien existen teorizaciones ‘en contra del sujeto’, como una forma de “impugnar y rebasar la idea del sujeto en tanto que categoría original y autosuficiente del conocimiento” (Ramírez Zuluaga, 2015: 141), cuando estamos hablando de una categoría como lo femenino –el Otro por excelencia– permanentemente ignorada y vapuleada, es una posición política analizar los elementos que consagran esa situación y promover acciones de resistencia y subversión.

## El modelo biomédico desde una mirada feminista

El modelo biomédico es una construcción teórica y experimental, basada en el dualismo cartesiano del cuerpo y la mente y en el paradigma positivista, que funciona como un dispositivo ideológico-cultural, y que se encuentra determinado por el contexto histórico –ascenso del capitalismo en la era de la industrialización– y espacial –Norte/ Occidente del mundo– en que emerge (Baeta, 2015: 82). Este modelo establece la normalidad en oposición a la enfermedad, y define la enfermedad como una desviación fisiológica del funcionamiento; por lo tanto, las enfermedades tendrían una cura –siempre biológica–, a la vez que instauro la idea de normalidad como una cuestión pre-política y neutral (Cuvi Sánchez, 2013).

Desde una perspectiva feminista, hay varias cuestiones problemáticas relacionadas a lo establecido por el modelo biomédico. Partiendo por la pretensión de neutralidad y de objetividad positivista, donde, como dice Haraway (1995), tiene mucho más que ver el poder que la búsqueda de una verdad. Esto es conflictivo debido a que la noción de objetividad hegemónica implica un no-situarse (aunque, como sabemos, sí hay un lugar de enunciación específico y particular), es decir, asume que existe una posición en el mundo que es lo Uno, lo real, científico, comprobable, coherente, incuestionable y verdadero; esta medida de todas las cosas es, en palabras de Amaia Pérez Orozco (2018: 24), el blanco burgués varón adulto heterosexual (BBVAh). Esta posición epistémica privilegiada nos obliga a entender que todo aquello que no es parte de la realidad del BBVAh, es lo Otro, lo femenino, lo no-objetivo y, por tanto, lo no confiable.

El conflicto central que nos aqueja a causa del privilegio epistémico del BBVAh es la consideración del sujeto como único, soberano y transparente para sí mismo. Esta falsa concepción es el delirio positivista que, mediante el establecimiento de criterios de exclusión, se convierte en un régimen de verdad, funcionando como un dispositivo dedicado a deslegitimar todas aquellas proposiciones, identidades y subjetividades situadas desde otros lugares de enunciación. Por tanto, podríamos decir que entender la validez exclusiva y excluyente de un solo sujeto –el BBVAh– despoja de su calidad de sujeto a todas aquellas existencias-otras.

Así, el modelo biomédico es la herramienta que se encarga de realizar un ordenamiento moral del cuerpo y la psique, definiendo lo aceptable –lo sano, lo cuerdo– y por lo tanto, lo propio del sujeto, y lo inaceptable –lo patológico–, propio de lo Otro; desde una perspectiva aparentemente incuestionable e inmodificable, ya que estaría dado por la naturaleza, escapándose de la reflexión y construcción sociopolítica. Por lo tanto, el sujeto tendría dentro de sus cualidades ontológicas la sanidad.

Como dice Judith Butler, “la representación se extiende únicamente a lo que puede reconocerse como un sujeto” (2016: 46), en este sentido, cuando una persona es diagnosticada con una patología de salud mental e insertada en alguna de las disposiciones tácticas de la práctica ‘psi’, pierde su calidad de sujeto, y se convierte en el objeto sobre el cual se despliega la microfísica del poder que pretende disciplinar esa existencia insubordinada. Así, la práctica de las disciplinas ‘psi’ se constituye como un dispositivo de poder que produce una serie de representaciones y ‘discursos de verdad’ que subsumen la subjetividad del individuo (Foucault, 2014), anulando sus posibilidades de representación (Butler, 2016) lejos del modelo normativo, cuestión que podríamos entender como el proceso de des-subjetivación de la persona mediante la negación de su existencia en el espacio de lo simbólico.

La aceptación del modelo biomédico, además, incorpora la legitimidad de un saber técnico que valida el diagnóstico, el cual tiene el poder de introducirse tanto en el sentido común de la sociedad como en espacios formales de instrucción del saber o del ejercicio práctico de ciertas disciplinas, casi sin cuestionamientos respecto a qué intereses responde que ese conjunto de “síntomas”, que caracterizan una entidad nosológica psiquiátrica particular, configuren una patología (Foucault, 2014). Esto ocurre, en parte, porque un ‘experto en el tema’ lo está decretando (Lafaurie, 2010), es decir, se instala como un saber dado (Kirkwood, 2010).

Esta categorización o definición que se hace de las personas, constituye el punto de partida del proceso de “inventar o construir personas”, lo cual, en términos de Huertas (2020: 24) implica:

la capacidad de los especialistas (médicos, psicólogos, sociólogos, antropólogos) para etiquetar y clasificar a determinados seres humanos favorece que estos, por el solo hecho de ser etiquetados, asuman dicha condición de modo que su manera de ser y de actuar no son independientes de cómo son descritos y clasificados.

Evidenciando la función que cumple el diagnóstico psiquiátrico a nivel subjetivo, ya que modela desde dentro los comportamientos, cogniciones y emocionalidad de una persona, a partir de la identificación con la categoría asignada.

Por ejemplo, para las personas con cuerpos feminizados, el diagnóstico clínico genera la invisibilización del sujeto (Soler, Teixeira y Jaime, 2015; Bentura, 2011; Lafaurie, 2010), la reducción de la complejidad de la persona a través del filtro de una categoría, permitiendo la cosificación de lxs individuux al momento de efectuar el tratamiento, la victimización (Loinaz, Echeburúa y Irureta, 2011), estigma (Mascayano, Toso-Salman, Ruiz, Warman, Jofré, Alvarado, Janel y Hsin, 2015; Stucchi, 2013), exclusión social (Morales y Huici, 2003), y/o la minimización de sus problemas, apelando a una suerte de exageración propia de la hipersensibilidad característica de lo femenino (Pla *et al.*, 2013), influida, probablemente, por la concepción de mujer como débil, instalada históricamente, amplificando la desigualdad estructural, y poniendo en cuestionamiento su discernimiento y legitimidad en la toma de decisiones (Aczel, 2012).

## Patologización de sujetos feminizados

Como se ha mencionado anteriormente, lo femenino tiende a ser considerado un factor de vulnerabilidad. En este sentido, cabe cuestionarse cómo se ha ido construyendo la correlación entre lo femenino y lo abyecto, lo no-normativo. Aparece, entonces, la relevancia de la construcción –siempre social y cultural– de las categorías de sexo y género (Vendrell Ferré, 2003).

En general, se habla de que sexo y género son categorías diferentes, principalmente porque el género sería la construcción psicosocial del Yo, mientras que el sexo se remitiría al ámbito biológico, a características anatómicas y fisiológicas (Fausto-Sterling, 2006). Esta división, puede haber sido útil al momento de establecer que los mandatos, expectativas y características atribuidas, por ejemplo, al ser mujer, no obedecían a una ley de la naturaleza, sino que fueron determinadas a través de construcciones simbólicas y sociales, mediadas por ciertas culturas específicas.

Sin embargo, Fausto-Sterling (2006: 18) nos advierte que esa premisa que divide al género del sexo con base en la biología, no sólo no es cierta, sino que además es peligrosa, porque deja un “flanco abierto al ataque” para las teorías feministas. La autora dice que, cuando se habla de sexo, no hay blancos y negros, sino que matices, y que la decisión de nombrar un cuerpo dentro de la categoría mujer-varón, es una decisión social, ya que no existe, a nivel biológico, algo que determine objetivamente la pertenencia a alguno de estos polos.

En esta misma línea, respecto al sexo, dice Vendrell Ferré (2003), que lxs seres humanxs nos relacionamos con la realidad a través de mediaciones -categorías, ideas, programas culturales- construidas socioculturalmente, por lo tanto, la idea de lo sexual no estaría inscrita en una cuestión genética o biológica. Follegati (2016: 527), por su parte, plantea que “el sexo se considera como un dispositivo específico de reproducción de mecanismos de saber-poder, es decir, un conjunto estratégico de tácticas y técnicas que regulan en un sentido productivo el sexo de las personas”.

Es decir, se han ido construyendo relatos, discursos y mecanismos de poder, que establecen las normas que deben seguir los cuerpos para *existir*, condicionando su producción en tanto sujetos, convirtiéndose en vidas prescindibles o sacrificables (Follegati, 2016). En términos concretos, se puede decir que “no solo las mujeres están expuestas a una muerte violenta patriarcal, sino que también todo cuerpo que no está considerado dentro de la norma, atravesado por las diversas formas de dominio” (Follegati, 2016: 531).

Siguiendo esta lógica, se puede ver que los sujetos feminizados, los que no calzan con la masculinidad hegemónica, son leídos como algo potencialmente vulnerable (Roselló Peñaloza, Cabruja Ubach y Gómez Fuentealba, 2019). Necesita corrección, modificaciones, para calzar en la norma. Incluso, aquellas personas mujeres heterosexuales cisgénero que, en teoría, calzan con los mandatos sociales, pueden caer en desgracia si se exacerban ciertas características, por ejemplo, formas de expresión emocional que se consideren desmedidas o poco femeninas, como la rabia.

De este análisis, se puede comenzar a entender cómo opera la práctica de las disciplinas ‘psi’. La comunidad científica genera consensos sobre conceptos: bienestar/malestar, salud, enfermedad, tratamiento, normalidad. Éstos se definen con base en dos criterios: la idea del “individuo universal abstracto” (Scott, 2012: 23), en el cual se fija la neutralidad en un sujeto masculino, blanco, heterosexual, cisgénero, burgués y sano; y las limitaciones culturales, las cuales están permeadas por, y a la vez son productoras de, diferencias sexuales, de género, raciales, de clase, entre otras, que no

se hacen explícitas, sino que son entendidas como parte de una supuesta neutralidad. De esta forma, establecen parámetros de objetividad, es decir, definen los límites de lo tolerable, y el castigo o curación para quienes no caben ahí (Huertas, 2020).

Por ejemplo, la literatura evidencia que las personas con cuerpos feminizados, como las mujeres, son más propensas a padecer ciertas patologías mentales ligadas a los afectos, como la dependencia, la inestabilidad emocional y la impulsividad, tales como trastornos depresivos unipolar y más ciclaciones y con más fases depresivas y mixtas en el trastorno bipolar (Ebner, Gaete y Guzmán, 2016; Mendoza y Saldivia, 2015; Pla, Adam y Bernabeu, 2013; Gaviria y Alarcón, 2010; Lafaurie, 2010; Hernández, Ibáñez, Kimelman, Orellana, Montino y Núñez, 2001), trastornos ansiosos, alimentarios, somatomorfos, ideación e intentos de suicidio, problemas de autocontrol (Gaviria y Alarcón, 2010; Cova, Alvial, Aro, Bonifetti, Hernández y Rodríguez, 2007; Hernández *et al.*, 2001), trastornos emocionales varios, psicoticismo, estrés (Antúnez y Vinet, 2013) y trastornos de personalidad histriónico, dependiente y límite (Salamanca, Vega y Niño, 2014).

Muchos, por no decir todos, estos trastornos y patologías tienen en común, que son “exageraciones” de respuestas o vivencias conductuales, emocionales o psicosociales, propias de lo femenino, principalmente vinculadas a la inestabilidad anímica, que representan un tipo de funcionamiento problemático, en contraposición a uno ideal (Roselló Peñaloza, Cabruja Ubach y Gómez Fuentealba, 2019) o responden a intentos de evidenciar una molestia o presentar resistencia contra la opresión patriarcal (Huertas, 2020).

## Reflexiones sobre *Viaje al manicomio* de Kate Millett

El libro *Viaje al manicomio* de Kate Millett (1934-2017) es su relato autobiográfico, donde describe la experiencia de vivir diagnosticada con un trastorno bipolar y las dos internaciones a las que se vio forzada a causa de ello. Fue escrito durante los años ochenta en Estados Unidos, y publicado en 1990. Millett, por su parte, fue una reconocida activista feminista de la denominada “segunda ola” en EEUU; su obra más conocida es *Política sexual*, donde expone la tesis de que “el patriarcado es un sistema de dominación que regula la relación de poder entre los sexos” (Huertas, 2020). Pero es en *Viaje al manicomio*, donde se puede observar el cruce vivencial entre patriarcado y psiquiatría, que genera la pérdida de la condición de sujeto, como se argumenta en el presente artículo.

En este texto, Millett relata un período donde se encuentra viviendo en su granja en Nueva York, junto a su pareja Sophie, y un grupo de aprendizas de la colonia de mujeres artistas, que ambas fundaron. En este contexto, Millett relata también el acontecimiento de su primera internación, que conllevó a su vez el término de su matrimonio y de la relación con su amante. En este momento (verano de 1980), la autora ha dejado de medicarse con litio. Sin embargo, va relatando cómo cualquier muestra de enojo, irritación, tozudez, desacuerdo, tristeza, entre otras, son leídas desde su diagnóstico de trastorno maníaco-depresivo, e interpretadas como una recaída con necesidad de retomar medicación, e incluso de volver a internarse en una institución psiquiátrica.

El prólogo del libro, escrito por Mar García Puig, señala que la locura ha sido concebida como algo esencialmente femenino, ya que está caracterizada por atributos como la irracionalidad y la visceralidad, y los tratamientos recrean la expectativa patriarcal de un cuerpo femenino: rendirse frente a al silenciamiento o la sumisión. Esto se observa de forma transversal en la historia de Millett.

Por ejemplo, al inicio del libro (36-38), la autora señala no tener dinero para comprar maquinaria para trabajar la granja, por lo que sólo depende de un viejo tractor que las aprendizas utilizan y reparan constantemente. A partir de esta situación, se enfrasca en una discusión con Sophie, su pareja, quien sugiere que sería mejor pedir un crédito hipotecario para comprar maquinaria y poder trabajar el lugar. Cabe preguntarse, si una persona *sin* el diagnóstico de Kate, sería interpelada de la misma forma al reaccionar así.

—Sólo tengo un tractor en condiciones para segar —respondo yo— y se está pasando la temporada, sólo disponemos de noventa días para trabajar en grupo y hay doce hectáreas de campo.

—Han crecido demasiado y estás forzando demasiado la maquinaria con este calor.

—No me queda otra.

—Entonces aprende a no tener rabietas cuando se estropee.

(...)

—Llevas este lugar como una inepta —me dice—. No tienes ni idea de lo que estás haciendo.

(...)

—Y vuelve a tomarte el litio ese. Te estás portando de una forma muy rara. Vigila o acabarás perdiendo la olla.

—¿Estás insinuando que me estoy volviendo loca?

El brillo en sus ojos, desafiándome.

—Puedes decirlo así si quieres. Estás poniéndote en ridículo y echando a perder este lugar.

A medida que avanza el tiempo y el relato, Millett va percibiendo que también sus familiares y las aprendizas comienzan a temer que tenga una recaída maníaca, emitiendo constantes amenazas respecto de que su comportamiento llevará a la ruina a la comunidad de artistas. Esto genera que Kate empiece a dudar de sí misma, de sus acciones, palabras y formas de expresión, incluso de sus pensamientos; forzándola a comportarse de forma distinta, y generando un gran temor de ser internada a la fuerza otra vez, lo cual va impregnando de inseguridad y dudas su vida.

Si he ofendido a alguien, me disculparé. Si hay algo que debería haber hecho y me he despreocupado, lo haré. Escucho con un miedo gélido. ¿Y si me hubiera distanciado realmente de todas sin saberlo? ¿Y si mi experimento de prescindir del litio ha trastocado, obstruido y puesto en peligro lo que estamos haciendo? (79)

La autora pone especial énfasis en las veces en que le solicitaron que volviera a la medicación. Ella no deseaba hacerlo, por un lado, por los efectos secundarios que ésta le conllevaba (diarrea, temblor de manos, falta de concentración, aletargamiento, potencial daño renal, hepático y cerebral); por otro lado, porque señala que no existirían estudios que comprueben empíricamente qué hace el litio en el organismo, ni explicaciones contundentes sobre por qué ese efecto sería saludable para una persona maníaco-depresiva; finalmente, porque Millet no creía estar enferma, y esto fue una parte de lo que la convenció de dejar el litio en primera instancia, la posibilidad de probar su cordura.

—Quiero que tomes esto, Kate.

—¿Qué es?

—Algo que tienes que tragarte. —Una risa nerviosa.

—De acuerdo, pero ¿qué es?

—Tú sólo trágatelo, finge que es la hostia o algo así. —Se inclina riéndose de su propio bando, el de los católicos no practicantes.

—Tal vez no hace daño, Sheila, pero tampoco ayuda —le digo, viendo algo rosa en la mano.

—Pórtate bien y trágatelo con un poco de agua.

—No digas tonterías, Sheila.

(...)

Sheila me lo pide de nuevo, esta vez más alterada, con una risa más dura; me da lo que tiene en la mano con agresividad.

—Sheila, cariño, esto no tiene sentido. Puedo tomar yo sola esta clase de decisiones. Es algo que he decidido hacer después de hablar con Sophie.

—Pero Sophie también quiere que te la tomes —dice la niña eufórica e irritante que hay en ella casi dando botes de triunfo—. Vamos, tómatela, queremos que te la tomes, tienes que hacerlo.

—No hay trato, Sheila. No puedes obligar a nadie a tomar una medicina. Sólo tienes una pastilla de litio en la mano. He estado seis años tomando miles como ésa. Una sola no me haría ningún efecto.

—Las tomarás a partir de ahora y ésta será la primera.

—Sheila, no podéis tomar esta clase de decisiones por otras personas.

Ella me pone la mano en la boca tan deprisa que apenas la veo; me está metiendo la pastilla entre los labios mientras me sujeta la barbilla con la otra, como se fuerza a un niño o incluso a un perro a tomar una pastilla. Sheila es miembro remunerado de Unión por las Libertades Civiles. (87-89)

Aquí se puede observar cómo, cuando una persona diagnosticada con una patología de salud mental, toma una decisión respecto a su tratamiento, como oponerse a la ingesta de una medicación, las personas a su alrededor pueden decidir —o se permiten— no respetar esta voluntad, arguyendo que es en pos de un bienestar personal y colectivo. Convirtiendo a la persona “loca” en un objeto sobre el cual se toman decisiones que escapan de su capacidad de discernimiento, despojándola de toda capacidad de ejercer poder; en palabras de Foucault (2014), se busca un disciplinamiento de ese cuerpo como condición de curación. En esta línea, puede ver que no hay una consideración de la experiencia subjetiva de la persona respecto a su “patología” y/o tratamiento; sin embargo, se decide administrar tal o cual fármaco para que “se sienta mejor”, lo cual se podría traducir en que la persona deje de ser un inconveniente o una molestia para su alrededor.

Qué poco peso parecen tener mis impresiones. Es de mí de quien hablan; ¿qué es lo que yo sé, experimento y descubro? Porque fue un descubrimiento, hasta el punto de que dejé de dibujar sólo para disfrutar de la actividad que tenía lugar en mi propia mente, para apreciar mis sentidos no diluidos por las sustancias químicas después de seis años medicándome (108).

Porque tal vez podríamos disfrutar de los episodios maníacos si nos los permitieran las personas a nuestro alrededor que tan preocupadas están por nosotros, si se organizaran las cosas de tal modo que los maníacos pudieran ser maníacos tranquilamente durante un tiempo, sin reproches ni contradicciones, ni los impedimentos o el acoso que reciben por todos lados y que acaba exasperándolos (...) Un maníaco al que se le permite pensar a quince mil kilómetros por segundo es feliz e inofensivo, y si se le alienta y diera tiempo, también podría ser productivo. Ah, pero la depresión..., eso es lo que todos nosotros, los afectados, aborrecemos. Mientras que a los familiares y a los psiquiatras, al círculo tribal, ya les viene bien: estás callada y sufres. (108)

Como se puede observar en los distintos extractos del texto de Millett, existe un trato diferenciado hacia una persona que ha sido diagnosticada con una patología de salud mental. En este sentido, se pueden extraer ciertas implicaciones de este proceso, entendidas como mecanismos de des-subjetivación. Ya que implican un impedimento para la constitución de un sujeto, lo cual tiene consecuencias negativas tanto desde lo simbólico como desde lo concreto, como se ha expuesto a lo largo de este escrito.

## Conclusiones

El presente artículo inicia preguntándose por los mecanismos de des-subjetivación que conllevan los diagnósticos psiquiátricos en sujetos feminizados, es decir, por aquellos procedimientos mediante los cuales se niega el devenir del individuo a sujeto, enmarcado en un entramado de dispositivos de poder, en este caso, el diagnóstico psiquiátrico. A partir de un análisis teórico y una posterior revisión del relato de Kate Millett sobre su experiencia como mujer-individuo patologizado, se desprenden algunas líneas de pensamiento.

Por un lado, existe el proceso diagnóstico en sí mismo. Esta es una operación propia de las disciplinas “psi”, que se realiza con o sin el consentimiento del paciente, en virtud de un consenso de la comunidad médica de que es necesario para definir una línea de tratamiento. Como se observa en el escrito de Millett, este diagnóstico tiene consecuencias negativas en la vida de la persona a quien se le adjudica la patología, no quedando tan claro el beneficio, en tanto sujeto, de haber sido diagnosticado.

En esta línea, se hace visible la lectura parcial y estigmatizada que se realiza respecto a la persona diagnosticada como mecanismo de des-subjetivación. Genera la impresión de que los comportamientos y formas de expresión emocional, no se entienden fuera del contexto de la patología. Es decir, sin mediar argumentos o contexto, se interpretan las manifestaciones del individuo como una respuesta desmedida, extraña o inusual y, por consiguiente, prueba de su enfermedad.

Por otra parte, se identifica como mecanismo, la incapacidad de la persona diagnosticada, de ejercer su voluntad en cuestiones relacionadas a cómo llevar su enfermedad. No sólo hay un impedimento a su capacidad de decidir sobre el curso de su condición, sino que se deja de manifiesto que no se contempla una consideración efectiva de la vivencia de los estados anímicos, de los deseos ni de las interpretaciones de la persona patologizada. Nuevamente, todos estos aspectos son leídos con los “lentes” del diagnóstico, imposibilitando el entendimiento desde la experiencia subjetiva.

En este sentido, la operación más perversa que conlleva el ejercicio diagnóstico, y que termina por convencer a la persona enferma de operar bajo condiciones impuestas, tiene que ver con la instalación de la duda permanente sobre sí misma, abarcando emociones, afectos, conductas, cogniciones, deseos, expectativas, respuestas, entre otras. Un proceso autorreflexivo, marcado fuertemente por la inseguridad y el miedo, que provoca que las personas se cuestionen constantemente si lo que hicieron/ dijeron fue apropiado, correcto, pertinente, adecuado. Limitando sus formas de expresión a un modelo de comportamiento normativo.

Como se ha mencionado anteriormente, no sólo se encuentran similitudes entre las opresiones vivenciadas por personas con cuerpos feminizados y por personas psiquiatrizadas, sino que existe una patologización de lo femenino, que se sustenta en el modelo biomédico (García Puig, 2019) tanto de la división sexo-genérica como de las disciplinas “psi”, empleando “ficciones somáticas para sus explicaciones” (Roselló Peñaloza, Cabruja Ubach y Gómez Fuentealba, 2019: 14). En este sentido, el relato de Millett permite comprender la lectura que hace la sociedad de una mujer diagnosticada con una patología de salud mental. A su vez, transparenta una expectativa poco comunicada sobre pacientes psiquiátricos y cuerpos feminizados: que sean sumisos.

Sin embargo, es interesante la reflexión que realiza Mar García Puig, respecto a que la psiquiatría se ha adjudicado la voz de la locura. Esto ha desarticulado la capacidad de vivenciar diversas formas de habitar, de manera colectiva, desestigmatizada y despatologizada. Es necesario impulsar un imaginario colectivo donde se promueva la

diversidad no sólo identitaria, sino que también psicológica, donde las personas puedan experimentar toda la amplia gama de emociones, sentimientos, estados anímicos y afectos que pueden surgir como respuesta a un estímulo ambiental o demanda interna.

## Referencias

- » Aczel, I. (2012). La debilidad de la mujer. *Mora*, núm. 18, pp. 45-62.
- » Antúnez, Z. y Vinet, E. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista Médica de Chile*, vol. 141, núm. 2, pp. 209-216.
- » Baeta, M. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. *Comunidad y Salud*, vol. 13, núm. 2, pp. 81-83.
- » Bentura, C. (2011). Algunas reflexiones sobre la “enfermedad mental” en la contemporaneidad. *Sociedade em Debate*, vol. 17, núm. 2, pp. 41-67.
- » Butler, J. (2016). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- » Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M. y Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, vol. 25, núm. 2, pp. 105-112.
- » Cuví Sánchez, J. (2013). *El modelo biomédico como causa de la reproducción, consolidación y mantenimiento de algunas manifestaciones predominantes de la cultura política en la sociedad ecuatoriana*. Tesis para optar al título de Magíster en Desarrollo Local. Universidad Politécnica Salesiana.
- » Dio Bleichmar, E. (2011). *Mujeres tratando a mujeres con mirada de género*. Octaedro.
- » Ebner, M., Gaete, T. y Guzmán, P. (2016). Depresión en atención primaria: caracterización clínica-epidemiológica en Centro de Salud Familiar Garín, Chile, 2006-2015. *ANACEM*, vol. 10, núm. 2, pp. 4-8.
- » Echevery Gaviria, S. (2021). *Subjetivación y desubjetivación en el uso de los placeres*. Tesis para optar al título de Magíster en Filosofía. Pontificia Universidad Javeriana.
- » Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados*. Melusina.
- » Federici, S. (2016). *Caliban y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Tinta Limón.
- » Follegati, L. (2016). Más allá del género: violencia y vulnerabilidad en el registro contemporáneo. Ledesma Narváez, M. (coord.), *Género y justicia. Estudios e investigaciones en el Perú e Iberoamérica*. Tribunal Constitucional del Perú.
- » Foucault, M. (2014). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- » Gaviria, S. y Alarcón, R. (2010). Psicopatología y género: visión longitudinal e histórica a través del DSM. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 39, núm. 2, pp. 389-404.
- » Glocer Fiorini, L. (2019). Hacia una deconstrucción de “lo femenino”: Discursos, lógicas y poder. Implicancias teórico-clínicas. *Revista de Psicoanálisis*, vol. 76, núm. 1, pp. 37-51.
- » Haraway, D. (1995). Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. Haraway, D., *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*, pp. 313-346. Cátedra.

- » Hernández, G., Ibáñez, C., Kimelman, M., Orellana, G., Montino, O. y Núñez, C. (2001). Prevalencia de trastornos siquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, vol. 129, núm. 11, pp. 1279-1288.
- » Huertas, R. (2011). En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 31, núm. 3, pp. 437-456.
- » Huertas, R. (2020). Locura y activismo en *Viaje al manicomio*, de Kate Millett. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 40, núm. 138, pp. 13-31.
- » Kirkwood, J. (2010). *Ser política en Chile: las feministas y los partidos*. LOM.
- » Lafaurie, M. (2010). Las mujeres y la depresión: Una reflexión crítica. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, núm. 5, pp. 315-340.
- » Loinaz, I., Echeburúa, E. y Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicología Conductual*, vol. 19, núm. 2, pp. 421-438.
- » Ludditas Sexxuales (2016). *Ética amatoria del deseo libertario y las afectaciones libres y alegres*. Askasis.
- » Mascayano, F., Toso-Salman, J., Ruiz, B., Warman, K., Jofré, A., Alvarado, R., Janel, K. y Hsin, L. (2015). What matters most': stigma towards severe mental disorders in Chile, a theory-driven, qualitative approach. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, vol. 72, núm. 4, pp. 250-260.
- » Meler, I. (2020). Psicoanálisis y Género: debates actuales y nuevas construcciones subjetivas. *Descentrada. Revista interdisciplinaria de psicoanálisis y género*, vol. 4, núm. 1, pp. 1-15.
- » Mendoza, C. y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*, vol. 143, núm. 7, pp. 887-894.
- » Millett, K. (2019). *Viaje al manicomio*. Seix Barral.
- » Morales, F. y Huici, C. (2003). *Estudios de psicología social*. UNED.
- » Mora-Ríos, J. y Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, vol. 37, núm. 4, pp. 303-312.
- » Ortega, C. (2011). Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. *Cuadernos Koré. Revista de historia y pensamiento de género*, vol. 1, núm. 4, pp. 208-223.
- » Pérez, M. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. Balaña, S., Finielli, A., Giuliano, C., Paz, A. y Ramírez, C. (comp. y eds.), *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*, pp. 31-48. Tinta Limón.
- » Pérez Orozco, A. (2018). ¿Espacios económicos de subversión feminista? Carrasco Bengoa, C. y Díaz Corral, C. (eds.), *Economía feminista. Desafíos, propuestas, alianzas*, pp. 23-50. Madreselva.
- » Pla, I., Adam, A. y Bernabeu, I. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. *Norte de Salud Mental*, vol. 11, núm. 46, pp. 20-28.

- » Ramírez Zuluaga, L. (2015). El sujeto en los juegos del poder: subjetivación y desubjetivación desde Foucault. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, vol. 7, núm. 2, pp. 133-146.
- » Roselló Peñaloza, M., Cabruja Ubach, T. y Gómez Fuentealba, P. (2019). ¿Feminización de la psicopatología o psicopatologización de lo femenino?: Construcciones discursivas de cuerpos vulnerables. *Athenea Digital*, vol. 19, núm. 2, pp. 1-19.
- » Salamanca, Y., Vega, A. y Niño, S. (2014). Relación entre patrones de personalidad patológica y ansiedad en estudiantes de psicología. *Psicología desde el Caribe*, vol. 31, núm. 3, pp. 435-454.
- » Scott, J. (2012). Releer la historia del feminismo. Scott, J., *Las mujeres y los derechos del hombre. Feminismo y sufragio en Francia, 1789-1944*. Siglo XXI.
- » Soler, A., Teixeira, T. y Jaime, V. (2015). *Discapacidad y dependencia: una perspectiva de género*. XI Jornada de Economía Crítica.
- » Stucchi, S. (2013). Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 76, núm. 4, pp. 218-223.
- » Tajer, D. (2002). Varones, mujeres, generaciones y género en el trabajo en salud mental. *La ventana*, vol. 2, núm. 16, pp. 57-77.
- » Vendrell Ferré, J. (2003). Del cuerpo sin atributos al sujeto sexual: sobre la construcción social de los seres sexuales. Guasch, O. y Viñuales, O. (eds.), *Sexualidades. Diversidad y control social*, pp. 21-44. Bellaterra.
- » Zubiarte, M. L. (2017). *Procesos de (des)subjetivación y resistencia: biopolítica en la literatura chicana*. Tesis doctoral para optar al grado de Doctora en Filosofía de la Universidad de Houston.