

María E. Epele, Romina Del Monaco,  
Silvana Garbi (Compiladoras)

# Mosaicos de aficciones y salud mental en tiempos de crisis



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES

**IIGG** | GINO  
GERMANI

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES



**CLACSO**



**MOSAICOS DE AFLICCIONES Y SALUD  
MENTAL EN TIEMPOS DE CRISIS**

Epele, María E.

Mosaicos de aflicciones y salud mental en tiempos de crisis / María E. Epele;  
Romina Del Monaco; Silvana Garbi - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos  
Aires: Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino  
Germani - UBA, 2026.

Libro digital, PDF (IIGG-CLACSO)

Archivo digital: descarga y online

ISBN 978-950-29-2082-5

1. Salud Mental. 2. Análisis Sociológico. 3. Antropología Médica. I. Del  
Monaco, Romina. II. Garbi, Silvana. III. Título.

CDD 150

Otros descriptores asignados por CLACSO:

Socio-antropologías de la salud / Aflicciones / Salud mental /  
desigualdades / género / América Latina

Esta publicación ha sido sometida al proceso de referato bajo el método de doble ciego.

# **MOSAICOS DE AFLICCIONES Y SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE CRISIS**

**María E. Epele  
Romina Del Monaco  
Silvana Garbi  
(Compiladoras)**



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
**IIGG** GINO GERMANI  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES • UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES





INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
**IIGG** | GINO  
GERMANI  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

**Martín Unzué** - Director

**Ignacio Mancini** - Coordinador del Centro de Documentación e Información

**Lucía Ariza, Pablo Barbetta, Alejandro Bialakowsky, Alejandro Kaufman, Eugenia Mattei, Susana Murillo, Flabián Nievas, Luciano Nosetto, Natalia Romé, Senda Sferco y Facundo Solanas** - Comité Editor

**Nicolás Varela** - Coordinación técnica

**Gisela Elecano** - Corrección y edición

**María Clara Diez** - Diseño y diagramación

**Romina Ferreyra y Alexis Barriga @leflaneurcollagiste** - Imagen de tapa

**Silvana Lorena Ghiselli** - Foto de tapa

### Instituto de Investigaciones Gino Germani

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires

Pte. J.E. Uriburu 950, 6° piso | C1114AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina | [www.iigg.sociales.uba.ar](http://www.iigg.sociales.uba.ar)



## CLACSO

Consejo Latinoamericano  
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano  
de Ciências Sociais

### CLACSO SECRETARÍA EJECUTIVA

**Pablo Vommaro** - Director Ejecutivo

**Gloria Amézquita** - Directora Académica

**María Fernanda Pampin** - Directora de Publicaciones

### EQUIPO EDITORIAL

**Lucas Sablich** - Coordinador Editorial

**Solange Victory** - Producción Editorial

**Valeria Carrizo y Dario García** - Biblioteca Virtual



LIBRERÍA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE CIENCIAS SOCIALES  
CONOCIMIENTO ABIERTO, CONOCIMIENTO LIBRE

Los libros de CLACSO pueden descargarse libremente en formato digital o adquirirse en versión impresa desde cualquier lugar del mundo ingresando a [libreria.clacso.org](http://libreria.clacso.org)

*Mosaicos de aficciones y salud mental en tiempos de crisis* (Buenos Aires, IIGG-CLACSO, abril 2026).

ISBN 978-950-29-2082-5



CC BY-NC-ND 4.0

### CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Estados Unidos 1168 | C1023AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina

Tel [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | [clacso@clacsoinst.edu.ar](mailto:clacso@clacsoinst.edu.ar) | [www.clacso.org](http://www.clacso.org)

# ÍNDICE

|   |  |     |
|---|--|-----|
| Introducción  |  | 9   |
| <b>María Emilia Sabatella</b><br>“Es el precio que se tuvo que pagar”: articulaciones entre dolor,<br>sufrimiento y subjetividad en las narrativas de las mujeres mapuche   |  | 25  |
| <b>Alexandre Branco-Pereira, Ana Elisa Bersani</b><br>La mediación cultural y la antropología en la clínica de salud mental:<br>aportes a un debate emergente en Brasil   |  | 49  |
| <b>Alejandra Carreño-Calderón, Soledad Martínez Rodríguez</b><br>“Todos nos cuidamos entre todos”: aflicciones, cuerpos y resistencias<br>en los tránsitos de mujeres migrando a cargo de niños, niñas y<br>adolescentes (NNA) por el cono sur de América |  | 79  |
| <b>Elisa Alegre-Agís, Asun Pié Balaguer, Miguel Salas Soneira</b><br>Cuidadoras totales, madres panópticas<br>Mandatos de género y proyección institucional en madres cuidadoras<br>de personas psiquiatrizadas   |  | 103 |
| <b>Sofía Bowen</b><br>Continuum de violencia y los límites del reconocimiento: una<br>etnografía sobre salud mental, trabajo y seguridad social en Chile  |  | 133 |
| <b>Romina Del Monaco</b><br>“Hay intentos de cambio, pero a mi gusto superficiales”: saberes<br>expertos psi y los efectos de las transformaciones sociales y legales en<br>torno al género y la sexualidad   |  | 163 |
| <b>Belén Castrillo</b><br>Psicología perinatal en Argentina: una genealogía posible   |  | 191 |
| Sobre las y los autores   |  | 217 |



# INTRODUCCIÓN

## I

En los últimos tiempos, difíciles de precisar en términos de años o décadas, la expresión “salud mental” se ha constituido en parte inherente de nuestras vidas cotidianas. Su omnipresencia hasta en el más recóndito intersticio de nuestras realidades vividas, se corresponde no solo con la apreciación generalizada –y de incierta evidencia– que afirma la reciente multiplicación y diversificación de las aflicciones en salud mental en nuestras sociedades, específicamente desde la pandemia del SARS-CoV-2. La conversión de la “salud mental” en un tropo recurrente en los discursos expertos y cotidianos se vincula, principalmente, con la rápida escalada de debates y críticas en espacios académicos y públicos acerca de las teorías, políticas, legislaciones, instituciones, intervenciones, eficacias, costos y financiamientos, terapéuticas, explicaciones y narrativas que involucran a este campo de la salud (Biehl, 2004, 2005; Epele, 2020).

El dominio de salud mental puede entenderse, entonces, como una caja de resonancia privilegiada de los drásticos y radicales cambios, avances y retrocesos en las orientaciones políticas sobre la salud, la salud pública y el bienestar en algunos países de Latinoamérica, y que han mostrado sus rostros más críticos en los extremos virajes hacia la derecha en la historia reciente. Paradójicamente, y a pesar de estas profundas e inéditas modificaciones, ciertas gramáticas,

genealogías y abordajes relativos siguen ofreciendo una suerte de patrimonio compartido sobre la salud mental por la mayoría de los países de la región y del cono sur.

En sintonía con este complejo cuadro de situación, los estudios en antropología y en ciencias sociales sobre la salud mental también se han multiplicado y diversificado de forma rápida y drástica, tanto dentro de cada país como entre países de esta área geográfica. En lugar de presentar estas transformaciones en términos históricos lineales, este libro busca reflejar el ensamble y la coexistencia de abordajes antropológicos y de ciencias sociales heterogéneos, de diferente antigüedad y en tensión entre sí, que arrojan luz, expresan y problematizan los problemas persistentes, cambiantes e inéditos de salud mental en nuestras geografías del sur (Rabinow, 2008; Epele, 2013). A grandes trazos, entre estos estudios, se pueden destacar los siguientes: abordajes clásicos sobre problemas nuevos; abordajes inéditos para problemas persistentes, aunque invisibilizados; análisis críticos de terapéuticas innovadoras; revisiones de políticas de corto y largo plazo; exámenes críticos de terapéuticas clásicas a la luz de los desafíos de nuevas agendas y legislaciones, e investigaciones con tecnologías innovadoras para problemas emergentes en la historia reciente.

Contemplando estos contextos y agendas, el objetivo de este libro consiste en cartografiar algunos de los más relevantes abordajes antropológicos y de ciencias sociales en nuestras geografías. Específicamente, a través del examen de sus modos de problematización se busca mapear, al mismo tiempo, algunos de los problemas importantes de salud mental que afrontan las antropologías e investigaciones sociales en nuestras realidades. Se hace relevante agregar que los modos de problematizar incluidos en esta compilación corresponden a investigaciones situadas entre gramáticas diferentes, debates públicos y agendas diversas. Además, los argumentos desarrollados en los diferentes capítulos articulan, conmueven e hibridizan aproximaciones teóricas y metodologías clásicas y legitimadas con nuevos argumentos y tecnologías de investigación para afrontar una creciente variedad de problemas y nuevos desafíos.

Por último, se hace necesario incluir un conjunto de procesos que atraviesan directa o indirectamente los contextos contemporáneos en que algunos de los textos se sitúan. Hacemos referencia al giro de algunos gobiernos y políticas hacia la extrema derecha en ciertos países y regiones de América Latina y el Caribe, y sus implicancias para las políticas y abordajes en salud y en salud mental en particular. Como algunos autores han señalado, estos desafíos contemporáneos nos obligan a enfrentar con sofisticación, y complejidad teórica y política, los abordajes de derecha en contra de las ciencias y sus argumentos;

de los organismos estatales y multilaterales; de las políticas públicas de salud y de reforma de salud mental; los derechos de migrantes; colectivos LGTBO+, y la ecología y el cambio climático, entre los principales temas afectados (Duarte et al. 2024; Santos, 2024). Estas características contribuyen a destruir el pensamiento crítico, a cuestionar las antropologías y ciencias sociales, los debates públicos y la producción de bienestar colectivo (Lux y Jordan, 2019).

## II

Como una invitación a explorar esta cartografía, la lectura del libro hilvana ciertas tramas argumentales que, de forma recurrente y en diagonal, atraviesan los diferentes capítulos. Estas tramas compartidas pueden sintetizarse en un conjunto de dimensiones conceptuales que estructuran sutilmente ciertos recorridos posibles de esta compilación.

En primer lugar, encontramos los *procesos que producen y categorizan las dolencias y aflicciones del campo de la salud mental*. En este sentido, los argumentos antropológicos focalizan en cómo se producen, se entienden y se categorizan los sufrimientos y las dolencias en clave sexo-generizada y en contextos históricos-sociales específicos. Además, dichas perspectivas se elaboran a la luz de sus relaciones y diferencias de las *epistemes* y patologías definidas desde los saberes y prácticas expertas psi (psicológicos y psiquiátricos).

En suma, se analizará cómo el privilegio de ciertos procesos sobre otros (los procesos económicos y políticos del capitalismo y del neoliberalismo, las gobernanzas, las instituciones, los cambios en los saberes y terapéuticas expertas, las políticas y legislaciones, las organizaciones y activismos) definen las diversas orientaciones en los estudios sociales sobre las aflicciones. De acuerdo con la relevancia relativa otorgada a estos procesos, se han elaborado diferentes formas de categorizar las dolencias en las que se depositan los pesados sedimentos ontológicos, epistémicos y políticos de los sufrimientos en el campo de la salud mental.

En este sentido, las investigaciones en antropologías y sociologías de la salud han argumentado acerca de los modos en que las aflicciones son producidas en contextos atravesados por desigualdades sociales, políticas, económicas y de género (Dias Duarte, 1986; Kleinman et al., 1997; Epele, 2020; Del Mónaco y Epele, 2020). Específicamente, se han esclarecido las formas en que diferentes tipos de violencias (cotidianas, estructurales, etc.) –vinculadas con las desigualdades, pobreza y segregación que producen malestares y dolencias– son convertidas, a través de saberes expertos psi, en dolencias y enfermedades reconocidas y legitimadas, las que, a su vez, son popularizadas y apropiadas por los mismos conjuntos sociales que padecían dichas dolencias (Lock

y Nguyen, 2010; Epele, 2016). Como efectos deletéreos e inherentes a estas dinámicas, los diagnósticos tienden a esencializarse y a convertir a las patologías en denominaciones subjetivas, reproduciendo estigmas que profundizan estereotipos de minorías y conjuntos segregados.

Aunque compartiendo ciertos procesos generales, las antropologías han problematizado desde perspectivas culturalistas-simbólicas y críticas las diferentes medicinas y sistemas de atención de la salud en diferentes países y regiones (Kleinman, 1980; Menéndez, 1990; Epele, 2013). A su vez, en este campo de estudios se han co-construido una batería de nociones claves que han hecho posible problematizar diferentes aspectos de la salud mental en diferentes geografías geopolíticamente situadas.

Por un lado, los procesos de corporización y psicologización de los sufrimientos se han convertido en recursos teóricos para esclarecer cómo ciertas experiencias de sufrimiento, entendidas desde categorías locales y/o enfermedades diagnosticadas desde saberes expertos, devienen dolencias. A su vez, los modos diferenciales de ponderación de la importancia relativa de las experiencias corporales y/o psíquicas ha hecho posible rastrear cómo los saberes expertos sistematizan las dolencias en salud mental, y estos se vinculan con las biología locales y las biomedicinas (Lock y Nguyen, 2010). Con la inclusión de la problemática de los cuerpos en psicología y psiquiatría, se explora cómo estos saberes participan en la diferenciación, reconocimiento y legitimación de subjetividades sexo-generizadas (Del Monaco, 2022), los tipos de cuerpos que incluyen, y aquellas que quedan por fuera del universo de lo inteligible, en la oscuridad de lo abyecto (Butler, 2002; Federici, 2016; Segato, 2011). Además, con la introducción de estas temáticas, se examinan las emociones, sus estatutos corporales y/o psíquicos, y modos de expresarlas en términos de sufrimientos y felicidad (Ahmed, 2019; Macón, 2014).

Por otro lado, las narrativas como noción teórica y técnica analítica hacen posible indagar cómo las emociones y padeceres se hilvanan en historias de experiencias, emociones y acciones cuya configuración, en torno al tiempo y modos en que se suceden los eventos, conforma argumentos (Mattingly, 1998). A través de las narrativas, se hace posible desentrañar las tramas entre discursos y categorías profesionales, experiencias de vida, conflictos con otros y con los presupuestos morales acerca del sufrimiento general y de los problemas de salud mental en particular (Kleinman, 1988).

### III

Indisoluble con estas diferentes formas de categorizar en el campo de salud mental, en segundo lugar, se identifican las características de

los saberes expertos psi (psicológicos y psiquiátricos), y sus relaciones con los procesos de subjetivación en contextos histórico-políticos específicos.

Las diferentes nosologías expertas psi y sistemas de categorías tradicionales, populares y legas se fundamentan en diversas epistememes, ontologías teorías y políticas terapéuticas (Garbi, 2020). Detrás de la aparente neutralidad y asepsia de los diagnósticos y de las intervenciones que demandan, se condensan no solo genealogías de saberes y políticas (Kleinman, 1988), sino también los procesos económicos, políticos, morales y de género que intervienen en los modos en que los padecimientos son corporizados, simbolizados y resistidos (Scheper-Hughes, 1992; Singer, 1995; Farmer, 2003; Epele, 2018).

Los saberes psi incluyen un amplio y cambiante espectro de discursos, criterios diagnósticos, teorías e instituciones. Desde Foucault (2008, 2012), y los desarrollos posteriores basados en este autor, el espectro de tecnologías que incluye el campo psi está embebido en regímenes de verdad que legitiman ciertas prácticas por sobre otras, y producen subjetivaciones dominantes y minoritarias. Estas tecnologías psi, entonces, modulan y modelan las formas de individuación, normalización y sujeción de las subjetividades en contextos histórico-sociales específicos. Con la profundización de las nociones foucaultianas, Rose (2012) examina las técnicas y saberes psi que producen sujetos, dan forma a las relaciones intersubjetivas e incluso modelan los vínculos de los sujetos respecto de sí mismos. Los procesos de subjetivación están mediados por criterios de verdad, regímenes de autoridad, tecnologías relacionales y corporales, a través de las cuales operan los gobiernos de las poblaciones, de otros y de sí (Rose y Miller, 2008).

La consolidación del dominio psi en el siglo XX, su participación en los modos de gobernar poblaciones y sus criterios, categorías y abordajes terapéuticos dominantes global y localmente han dado forma a los modos en que se judicializan y se legitiman ciertos males-tares y sufrimientos relativos a la salud mental, sus relaciones con los procesos de criminalización y de reconocimiento de derechos para las personas y conjuntos afectados por estos (Garbi, 2021).

Sin embargo, los complejos vínculos entre saberes psi y legislaciones han sido objeto de diferentes críticas y revisiones. Por un lado, las revisiones en las legislaciones vigentes se corresponden con las modificaciones de las políticas de salud mental, específicamente sobre los regímenes de internación, asistencia y criminalización. Por otro lado, las legislaciones son parte inherente de los procesos de subjetivación, ya sea como resultado de luchas de activismos para legitimar y reconocer nuevos tipos de subjetividades o por modificar las

relaciones entre los sujetos de derecho y las condiciones de existencia de diferentes colectivos y comunidades (migrantes, LGBTQ+, etc.).

Con respecto a la psicologización de los padecimientos, sin simplificarla o reificarla como causación excluyente de las dolencias examinadas, se hace necesario considerarla en términos de los complejos procesos que involucra. Así, la psicologización es un proceso que subsume progresivamente al campo psi y sus tecnologías cada vez más dominios y prácticas sociales. Desde esta mirada, se hace inteligible cómo ciertas prácticas, emociones y acciones son categorizadas o bien como patologías o como productoras de bienestar, generalmente, dejando de lado los contextos económicos y políticos en los que surgen (Rose, 2012). En este sentido, se problematiza la psicologización no solo como efecto de la hegemonía de los saberes expertos psi, sino en relación con las formas en que las lógicas de poder intervienen en la producción de subjetividades, y las experiencias de sufrimientos, placer y bienestar que involucran (Rose, 2012).

Desde estas miradas teóricas y programáticas, los abordajes e intervenciones terapéuticas pueden entenderse como tecnologías (Foucault, 2008). A su vez, las prácticas y acciones también pueden ser consideradas como técnicas y tácticas que participan en diversas redes más o menos difusas de poder, y producen efectos de diverso orden. A través de las tecnologías psi, ciertos problemas sociales son transformados en sufrimientos individuales (Fassin, 2012; Del Monaco, 2023). Es en este sentido que las tecnologías psi participan en los modos de gobernar afecciones y aflicciones, reduciendo las desigualdades económicas y sociales en exclusión, convirtiendo la dominación en desgracias, las injusticias económicas y políticas en traumas, eludiendo la confrontación con aquellos modos de gobierno que producen y amplifican el sufrimiento y las injusticias (Biehl y Locke, 2010). Al focalizar en los modos en que estos sufrimientos e injusticias son producidos y abordados por tecnologías expertas, estos interrogantes deben situarse no solo en relación con los procesos económicos y políticos del capitalismo contemporáneo, sino también desde las perspectivas decoloniales y del sur global.

## IV

A la luz de los saberes psi en constante expansión y diferenciación, en tercer lugar, el análisis de otros saberes y abordajes sobre salud mental han generado otras miradas y argumentos desde los desarrollos decoloniales y del sur global. Cuestionando el etnocentrismo de las perspectivas euro-norteamericanas, estos abordajes decoloniales buscan deconstruir las bases epistémicas y éticas de los modos de vida

y de bienestar en sus vínculos con las etnias, géneros, razas, clases y diferencias en general.

Revisando y cuestionando los modelos dominantes que establecen las coordenadas generales para investigar e intervenir en todo y en cada problema de salud mental, los estudios en el sur global poscoloniales y decoloniales han modificado dichas perspectivas. Desde los mismos inicios de los estudios poscoloniales, el problema de la salud mental y sus relaciones con la opresión, el racismo y el colonialismo han sido objetivo de investigación e intervención. Con el cuestionamiento de Fanon (1963) acerca de la psiquiatría colonial y la opresión social, se inauguró una etapa crítica no solo de las instituciones fundamentadas en la aparente universalidad biológica y de salud mental en las geografías del sur, sino también de la etnopsiquiatría contemporánea y las revisiones de las teorías y abordajes psi dominantes en Occidente (Deleuze y Guattari, 1985). Desde entonces, han proliferado las miradas y perspectivas que cuestionan las categorías, saberes e instituciones psi en el sur global y establecen otras genealogías socio-culturales, económicas y geopolíticas de ciertos padecimientos, antes incluidos en las miradas antropológicas clásicas y coloniales (Das, 2007).

A su vez, los programas decoloniales han problematizado los modos en que las violencias epistémicas han destituido ciertos saberes tradicionales respecto de la salud y el bienestar, y los modos en que la colonialidad del saber y del ser han modificado las ontologías y subjetividades, y las prácticas por las que se abordan y afrontan las dolencias. Desde estos abordajes, las narrativas de opresión, violencias y sufrimientos en pueblos originarios incluyen necesariamente también las cuestiones de la dominación epistémica y el epistemicidio de los conocimientos y éticas indígenas y colectivas para afrontar las tragedias que la colonización y la colonialidad les han impuesto. A diferencia de los grandes hitos de conquista y colonización, el descenso a lo cotidiano y a sus violencias –en términos de Das (2007)– hace posible arrojar luz, a través del trabajo con las palabras y narrativas, sobre la recuperación y construcción de la memoria de experiencias de dolor sepultadas, ignoradas y olvidadas.

En un complejo diálogo con las biomedicinas y disciplinas psi hegemónicas, en Latinoamérica se han ido generando diferentes enfoques, paradigmas, disciplinas y movimientos relativos a la salud mental, o que la incluyen en sus agendas y programas. Entre los principales, podemos señalar la medicina social, las medicinas tradicionales, salud mental comunitaria, medicinas indígenas, desarrollos interculturales, y de salud colectiva (Iriart et al., 2002; Ortiz-Hernández et al., 2007; Escobar, 2014; Basile, 2018).

Por un lado, se destaca la salud mental colectiva que, si bien ha participado en reformas psiquiátricas y debates de políticas de salud mental, sus posibilidades se han restringido principalmente a las perspectivas hegemónicas psi, o bien a las perspectivas críticas de origen europeo y norteamericano. Las revisiones desde miradas y experiencias del sur han quedado limitadas a otros abordajes, por ejemplo, a las medicinas indígenas (Martínez Hernández y Correa Urquiza, 2017). Por otro lado, la interculturalidad es un enfoque para recuperar y reducir ciertos niveles de desigualdad en salud con pueblos indígenas, a través de programas socio-sanitarios específicos, mediaciones culturales y políticas de equidad en salud (Piñón, 2004). A diferencia del multiculturalismo –de genealogía americana y raigambre liberal o neoliberal–, la interculturalidad es una perspectiva que se corresponde con genealogías europeas y que ha generado diversas revisiones críticas en Latinoamérica (Walsh, 2009; Ramírez Hita, 2008). En su vínculo con la salud mental, las prácticas interculturales han surgido como respuesta a las limitaciones de la eficacia terapéutica de los modelos psi dominantes en contextos de diversidad cultural, su falta de sensibilidad a minorías (migrantes, indígenas, etc.) y su extrema patologización de los sufrimientos y de la vida (Muñoz Martínez, 2021, 2022).

Al mismo ritmo acelerado de la popularización del enfoque cultural en diferentes contextos e instituciones, las revisiones y críticas de sus características y efectos fueron multiplicándose. Uno de los problemas centrales de este enfoque consiste en entender al sistema de salud desde el binarismo biomedicina/medicina tradicional, entendiéndose estas como categorías cerradas y estáticas (Ramírez Hita, 2008). Además, la centralidad de los aspectos culturales opaca la relevancia de los procesos socioeconómicos en los procesos de salud, enfermedad y atención (Menéndez, 2006). El privilegio del culturalismo ha generado malentendidos y efectos contraproducentes, particularmente con el neoliberalismo en constante expansión en la región latinoamericana (Abadía, 2015). Por ejemplo, se visualiza el desfinanciamiento de los sistemas públicos de salud mental, con la falta correspondiente de inversión económica en recursos para poblaciones segregadas (casas de medio camino, hospitales de día, etc.); la privatización de servicios para poblaciones segregadas; la restricción abrupta de recursos estatales para el acceso de tratamientos e internaciones de complejidad, específicamente relativas a los consumos problemáticos (Garbi, 2023).

## V

Partiendo de la problematización general desarrollada anteriormente que traza los fundamentos, temáticas y objetivos de esta compilación,

en este apartado focalizamos en las características y detalles de los capítulos que se incluyen. Una trama de nociones y perspectivas estructura la diversidad de temáticas abordadas que se resumen en las siguientes: las formas en que se producen los conocimientos psi; las particularidades que adquiere el campo de la salud mental en contextos precarizados y de escalada de gobiernos neoconservadores; las formas de plasmar en narrativas historias de sufrimiento y exclusión de determinados sectores; las tensiones entre las nuevas legislaciones y los saberes clásicos sobre la salud mental. Estas articulaciones y tensiones adquieren relevancia y originalidad, teniendo en cuenta que los distintos estudios provienen de contextos y geografías atravesadas por cuestiones similares, al mismo tiempo que con características diferentes y agendas particulares.

En el capítulo sobre las narrativas de sufrimientos de mujeres mapuches de norpatagonia, María Emilia Sabatella explora, desde una perspectiva antropológica original y conmovedora, los modos en que las experiencias subjetivas y narrativas biográficas de mujeres mapuches están atravesadas por sufrimientos y dolores vividos en sus infancias. A través la investigación etnográfica y colaborativa, Sabatella argumenta cómo las subjetividades son inescindibles de procesos más amplios de subalternización, alterización y comunalización de los colectivos indígenas. En este caso, la autora se focaliza en formas de padecer que no pueden ser subsumidas a categorías diagnósticas y las que han permanecido invisibilizadas dentro de las tragedias y luchas de estas comunidades. El análisis focaliza en los malestares y sufrimientos vinculados con experiencias claves en sus historias de vida, cuando se vieron obligadas a abandonar sus lugares de origen durante la niñez para trabajar en casas ajenas. Por un lado, las violencias a las que son expuestas por ser indígenas y, a su vez, el alejamiento de conocimientos comunitarios que forman parte de sus patrimonios culturales y sus identidades.

Con un hilo argumentativo relacionado, continúa el capítulo de Alejandra Carreño Calderón y Soledad Martínez, donde las autoras reflexionan sobre las condiciones de salud mental de mujeres migrantes que ingresaron a Chile por pasos no habilitados durante la crisis por COVID-19 viajando a cargo de niñas, niños y adolescentes (NNA). A partir de un análisis interseccional, las autoras también reparan en las aflicciones experimentadas por mujeres ante los numerosos riesgos que enfrentaron en los tránsitos migratorios asociados con su condición de género, etnia y su situación migratoria, y en las estrategias individuales y colectivas de afrontamiento a esas aflicciones. La elección de la metodología participativa, a través de la técnica de la corpotografía (*bodymapping*), hizo posible el acceso a las experiencias de vulnerabilidad, riesgo, cuidado y asistencia que se quedaron en los

cuerpos de las mujeres cuidadoras de niños, niñas y adolescentes en su viaje migratorio. A través de estas metodologías innovadoras se logra superar la estrechez del relato narrativo sobre la aflicción, como así también constituir alternativas a terapéuticas basadas únicamente en la reproducción de diagnósticos biomédicos centrados en la idea de vulnerabilidad y la presencia de síntomas.

En un capítulo referido también a migrantes, Alexandre Branco-Pereira y Ana Elisa Bersani examinan el papel de la mediación cultural y los aportes de la antropología en los servicios de salud mental destinados a esta población. A través de un trabajo de campo etnográfico realizado en una clínica psiquiátrica transcultural de un hospital público brasileiro, los autores invitan a reflexionar sobre la noción de cultura y cómo esta ha sido instrumentalizada en torno de la actuación práctica de mediadores culturales; los límites de la mediación intercultural como equivalente a la traducción, confiriendo al mediador el papel de mero traductor lingüístico, y, finalmente, cómo la teoría antropológica se vuelve relevante para la producción de intervenciones verdaderamente interculturales mediando mundos y negociando traducciones entre psiquiatras, psicólogos, pacientes y gestores públicos. Asimismo, en este capítulo se aportan elementos para el debate emergente particularmente en Brasil, aunque no solamente allí, sobre la institución de programas y políticas que ofrecen mediación cultural en el sistema de salud, enfatizando en las contribuciones que la antropología puede hacer para el desarrollo de políticas de equidad para inmigrantes.

En el siguiente capítulo, Sofía Bowen explora las formas de violencia y de sufrimiento que se configuran en la trayectoria de trabajadores con problemas de salud mental dentro del sistema de seguridad social en Chile. Particularmente, la autora analiza el despliegue de dispositivos médicos, periciales y burocráticos que el sistema de seguridad social dispone para la evaluación y atención de los/as trabajadores/as a partir de la noción de “continuum de violencia”, a fin de analizar la violencia institucional de un sistema que tiende a reducir a los trabajadores a una condición socialmente vulnerable y deslegitimada. La elección metodológica de un análisis de caso etnográfico, posibilita dar cuenta tanto del malestar y sufrimiento experimentado en la trayectoria médica-burocrática, como de los actos de agencia y autodeterminación que emergen en medio de la incertidumbre y el despojo, como así también reflexionar sobre los alcances políticos, éticos y sociales del continuum de violencia que configura el sistema de seguridad social en Chile.

Los dos capítulos siguientes problematizan aspectos centrales que atraviesan este libro: los saberes expertos psi y las temáticas de

género. En esta línea, Elisa Alegre-Agís Asun Pié Balaguer y Miguel Salas Soneira focalizan en los procesos de feminización de los cuidados y el complejo vínculo que eso produce en términos de reproducción de estereotipos de género y, también, de saberes psi que funcionan a pesar de no estar presentes. A partir de una investigación llevada a cabo en España sobre mujeres que cuidan sus hijos/as con trastorno mental grave (TMG), se indaga en las particularidades que adquiere el cuidado y acompañamiento ante padecimientos vinculados con la salud mental cuando desde las políticas públicas y servicios de salud no hay respuesta. De este modo, el análisis exhaustivo de las narrativas de estas madres visualiza no solo las microprácticas que se ponen en juego en relación con la sujeción y dominación, sino también las posibilidades de fugas y resistencias.

Romina Del Monaco, por su parte, indaga en la articulación entre los saberes expertos psi y las temáticas de género y sexualidad. En este caso, y teniendo en cuenta las transformaciones sociales y legales en Argentina en los últimos tiempos, la autora analiza, a partir de las narrativas de psicólogos/as y psiquiatras, las particularidades que asumen dichos cambios en las prácticas, modos de decir e intervenir. En este sentido, se identifican una serie de mecanismos en los que se ponen de manifiesto determinadas lógicas enunciativas que tensionan discursos clásicos, modificaciones estructurales en términos diagnósticos frente a cambios superficiales, y también distintos fragmentos que se superponen y conviven al interior de estos saberes expertos, visualizando el carácter social y (re) productivo de estos conocimientos.

El libro cierra con el capítulo de Belén Castrillo, quien examina la psicología perinatal en el marco de una investigación sobre la atención obstétrica y el movimiento por la humanización del parto; específicamente, en este trabajo indaga en el surgimiento en Argentina de la psicología perinatal. De este modo, la autora centra su línea de estudio en la relación entre los saberes expertos y los efectos que se producen en los cuerpos y emociones de las mujeres-madres gestantes. Así, la problemática de la transformación y traducción de las dolencias, malestares y sufrimientos en términos de saberes expertos y prácticas dominantes –que impregna de distintas maneras los capítulos de este libro– pone en evidencia, en este caso, nuevos lenguajes, modos de intervenir y actuar desde los saberes psi en los procesos de embarazo, parto y crianza. Historizando los cambios en el proceso de psicologización, en este último caso con la incorporación de los estudios de género y perspectivas feministas, el trabajo analiza cómo a la existencia de violencia obstétrica desde la biomedicina se le suman nuevas categorías y saberes expertos desde el campo psi.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Abadía, César (2015). Neoliberal justice and the transformation of the moral: The privatization of the right to health care in Colombia. *Medical Anthropology Quarterly*, 30(1), 62-79.
- Ahmed, Sara (2019). *La promesa de la felicidad. Una crítica cultural al imperativo de la alegría*. Buenos Aires, Caja Negra.
- Basile, Gonzalo (2018). *Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico*. II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO.
- Biehl, João (2004). Ciencia, Tecnología e Saúde Mental. En Annette Leibling (Comp.), *Tecnologias do corpo. Uma antropologia das medicinas no Brasil* (pp. 19-35). Río de Janeiro, Nau Editores.
- Biehl, João (2005). *Vita. Life in a Zone of Social Abandonment*. Berkeley, University of California Press.
- Biehl, João y Lock, Peter (2010). Deleuze and the Anthropology of becoming. *Current Anthropology*, 51(3), 317-351.
- Butler, Judith (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires, Paidós.
- Das, Veena (2007). *Life and Words. Violence and the descent into the ordinary*. University of California Press.
- Del Monaco, Romina (2022). Saberes psi y género: narrativas de psicólogos/as y psiquiatras a partir de las transformaciones en torno a derechos y demandas de los movimientos de la disidencia sexual en Argentina. *Revista Sexualidad, salud y sociedad*, (38), 2-26.
- Del Monaco, Romina (2023). Facing and overcoming pain through scientific evidence. The imperative of exposure as a psychological technique for cognitive behavioral treatment in Buenos Aires, Argentina. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 47(3), 1-21.
- Del Monaco, Romina y Epele, María (eds.) (2020). *Tecnologías y Técnicas en investigaciones socio-antropológicas en salud* (ISBN: 978-987-3713-43-9). Buenos Aires, Estudios Sociológicos Editora.
- Deleuze, Gilles y Guattari, Félix (1985). *El AntiEdipo. Capitalismo y Esquizofrenia*. Barcelona, Paidós Editorial.
- Dias Duarte, Luis Fernando (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Río de Janeiro, Zahar.
- Duarte, Daniel; Benetti, Pedro y Alvarez, Marcos César (2024). A “war on science?” Far-right movements and the disputes over epistemic authority in Brazil. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, (7), 1, <https://doi.org/10.1080/25729861.2024.23253082325308>
- Epele, María (2013). El tratamiento como palimpsesto. *Cuadernos de Antropología Social*, (38), 7-31.

- Epele, María (2016). Psychotherapy, Psychoanalysis and Urban Poverty in Argentina. *Anthropology & Medicine* 23(3), 244-258.
- Epele, María (2020) (Comp.). *Las políticas terapéuticas y las economías de sufrimiento. Perspectivas y debates contemporáneos de las tecnologías psi*. Colección Instituto Gino Germani-CLACSO. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20200728013355/Políticas-terapeuticas.pdf>
- Escobar, Arturo (2014). *Sentipensar con la Tierra: Postdesarrollo y Diferencia Radical*. Medellín, Universidad Autónoma Latinoamericana.
- Fanon, Frantz (1963). *Los condenados de la tierra*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Farmer, Paul (2003). *Pathologies of power. Health, Human Rights, and the New Poor*. Berkeley, University of California Press.
- Fassin, Didier (2012). *Humanitarian Reason. A Moral History of the Present*. Berkeley, University of California Press.
- Federici, Silvia (2016). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires, Tinta Limón.
- Foucault, Michel (2008). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel (2012). *El Poder psiquiátrico*. Buenos Aires, Paidós.
- Garbi, Silvana (2020). Rescatados, encerrados, tratados. Modos legos de tratar los consumos problemáticos de drogas. En Romina Del Monaco y María Epele (Eds.), *Tecnologías y Técnicas en investigaciones socio-antropológicas en salud*. Buenos Aires, Estudios Sociológicos Editora. [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/195825/CONICET\\_Digital\\_Nro.09a0a7a1-9666-4884-9f70-fe5ea70e1140\\_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/195825/CONICET_Digital_Nro.09a0a7a1-9666-4884-9f70-fe5ea70e1140_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Garbi, Silvana (2021). Hay que librar una batalla sin cuartel contra las drogas. La “guerra” contra el narcotráfico y sus consecuencias. En Claudia Cesaroni, *Contra el punitivismo. Una crítica a las recetas de la mano dura*. Buenos Aires, Paidós.
- Garbi, Silvana (2023). Trabajar en territorio en tiempos de pandemia. Impactos en los equipos técnicos de abordaje de los consumos de drogas en Argentina. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (97), 80-93. <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/silvanagarbi.pdf>
- Good, Byron (1994). *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Iriart, Celia; Waitzkin, Howard; Breilh, Jaime; Estrada, Alfredo y Merhy, Emerson (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health*, 12(2), 128-135.

- Kleinman, Arthur (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Londres, Harper Collins.
- Kleinman, Arthur (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. California, University of California Press.
- Kleinman, Arthur, Das, Veena y Lock, Margaret (Comps.) (1997). *Social Suffering*. Berkeley, University of California Press.
- Lerín Piñón, Sergio (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, (15-16), 111-125. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1607-050X2004000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2004000200007&lng=es&tlng=es)
- Lock, Margaret y Nguyen, Vinh-Kim (2010). *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford, Wiley-Blackwell.
- Lux, Julia y Jordan, John (2019). Alt-Right “cultural purity” ideology and mainstream social policy discourse. Towards political anthropology of ‘mainstreimeist’ ideology. En Eike Heins, Cathrine Needham y James Rees (Eds.), *Social Policy Review 31*, Bristol University Press.
- Macón, Cecilia (2014). Género, afectos y política: Laurent Berlant y la irrupción de un dilema. *Debate Feminista*, (49), 163-186. [https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30009-3](https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30009-3)
- Martínez-Hernández, Ángel y Correa Urquiza, Martín (2017). Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva*, 13(2), 267-278.
- Mattingly, Cheryl (1998). *Healing Dramas and Clinical Plots. The Narrative Structure of Experience*. Cambridge University Press.
- Menéndez, Eduardo (1990). *Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica*. México, Alianza Editorial.
- Menéndez, Eduardo (2006). Interculturalidad, “diferencias” y Antropología “at home”. Algunas cuestiones metodológicas. En Gerardo Fernández (Comp.), *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 51-65). Quito, Ediciones Abya-Yala, UCLM, AECI.
- Muñoz Martínez, Rubén (2021). *Antropología, psiquiatría y alteridad: de los médicos etnógrafos a la colectivización intercultural del cuidado*. Tarragona, Universidad Rovira I Virgili. Colección de Antropología Médica.
- Muñoz Martínez, Rubén (2022). Antipsiquiatría intercultural. *Eikasía. Revista De Filosofía*, (107), 219-260. <https://doi.org/10.57027/eikasía.107.305>
- Ortiz-Hernández, Luis; López-Moreno, Sergio y Borges, Guilherme (2007). Desigualdad económica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde Pública*, 23(6),1255-1272.

- Rabinow, Paul (2008). *Marking Time. On the Anthropology of the Contemporary*. Princeton, Princeton University Press.
- Ramírez Hita, Susana (5 al 8 de agosto de 2008). *Los centros de "salud intercultural" en Bolivia*. En IX Congreso de Antropología Social, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Posadas, Argentina.
- Rose, Nikolas (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata, UNIPE, Editorial Universitaria.
- Rose, Nikolas y Miller, Peter (2008). *Governing the Present. Administering Economic, Social and Personal Life*. Cambridge, Polity Press.
- Santos, José Leonardo (2024). "Eliminate Anthropology": Attitudes toward social science in the public discourse. *American Anthropologist*, <https://doi.org/10.1111/aman.28055>
- Segato, Rita (2011). Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial. En Karina Bidaseca y Vanesa Vazquez Laba (Comps.), *Feminismos y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina*. Buenos Aires, Godot.
- Scheper Hughes, Nancy (1992). *Saint, Scholars and Schizophrenics. Mental Illness in rural Ireland*. Berkeley. University of California Press.
- Singer, Merrill (1995). *Critical Medical Anthropology*. New York, Baywood Publishing Company.
- Walsh, Catherine (2009). Interculturalidad crítica y educación intercultural. En Jorge Viaña, Luis Tapia y Catherine Walsh (Comps.), *Construyendo interculturalidad crítica*. La Paz, Instituto Internacional de Integración Andrés Bello.



María Emilia Sabatella

## **“ES EL PRECIO QUE SE TUVO QUE PAGAR”: ARTICULACIONES ENTRE DOLOR, SUFRIMIENTO Y SUBJETIVIDAD EN LAS NARRATIVAS DE LAS MUJERES MAPUCHE**

### **INTRODUCCIÓN**

Durante más de 15 años de trabajo etnográfico con pueblos indígenas, en particular con comunidades (*Lof*) mapuche de las provincias de Buenos Aires, Chubut y Río Negro (Argentina) en temas vinculados con procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado, solían emerger dos tipos de narrativas referidas al dolor. Por un lado, aquellas que remitían dolores físicos vinculados con enfermedades o accidentes, que implicaban su tratamiento desde terapéuticas biomédicas o mapuche. Por otro, las que describían experiencias de sufrimiento ligadas con momentos difíciles de sus historias personales, familiares y colectivas, “momentos difíciles” que han tenido que pasar para llegar a ser lo que son en el presente.

Estos relatos del dolor y el sufrimiento rememoran experiencias de violencia, discriminación y maltrato vividos por ser parte del pueblo mapuche. Dichos momentos abarcan una variedad de situaciones: cuando “los correteaban por todos lados” durante las campañas militares de finales del siglo XIX; los actos de la policía fronteriza<sup>1</sup>;

---

1 La policía fronteriza de Chubut y de Río Negro se crea en 1911 bajo la presidencia de Roque Sáenz Peña, con la función de generar una campaña contra el bandolerismo y el cuatrismo en la zona andina. Patrullaban extensiones de territorio a lo largo de la cordillera y en estas campañas hacían uso de la violencia (Pérez, 2016) dirigida a los pueblos indígenas.

el despojo de sus tierras o el haber tenido que abandonar “el campo” para trabajar, entre otras. En los repertorios de la memoria mapuche, el avance de las campañas militares sobre sus territorios se constituye en un “evento crítico” (Das, 1995) desestructurante, que, al haber trastocado sus cotidianidades, estructuró nuevos sentidos para narrar sus biografías y los momentos significativos que se inscriben en ellas.

En esta oportunidad, me interesa centrarme en las narrativas del dolor y el sufrimiento elaboradas por mujeres mapuche para explicar un tipo de experiencia que tuvieron que atravesar en sus vidas: el “salir del campo”. Al narrar sus biografías, o al presentar quiénes son, es recurrente que muchas mujeres mapuche –todas ellas de entre 60 y 80 años– remitan a una experiencia vivida alrededor de los 10 años, cuando fueron obligadas a abandonar “el campo” o sus hogares familiares para realizar trabajos domésticos en estancias o casas de familias. Estas experiencias se relatan como hitos dolorosos significativos por distintos motivos, ya sea el hecho de estar lejos de sus familias, haber tenido que irse del “campo”, sentirse solas, perder sus conocimientos e identidad o haber sufrido maltratos y violencias por ser indígenas.

Aun cuando estas historias pueden estar agrupadas y vinculadas con las experiencias más amplias de sufrimiento relacionadas con la violencia estatal directa hacia el pueblo mapuche, tienen su particularidad por ciertas cuestiones. En primer lugar, porque corresponden específicamente a la trayectoria de las mujeres. En segundo, porque si bien no son excepcionales en los términos en que puede ser entendido un acontecimiento dislocador como las campañas militares, marcan un hito en la biografía de estas mujeres debido a que, al traspasarlas, cambia su forma de vida y sus relaciones con respecto a las vividas durante su infancia. Finalmente, porque no suelen tener un lugar central en las memorias más amplias de los sufrimientos del pueblo mapuche (Nahuelpan Moreno, 2013), quedando muchas veces en la esfera del dolor privado y cotidiano. Sin embargo, en la actualidad, son leídas por las mujeres en conexión con sus experiencias subjetivas y conocimientos en tanto mapuches.

Tomando esto en consideración, este trabajo parte de un abordaje etnográfico para centrarse en el análisis de los relatos a partir de los cuales las mujeres mapuche –en conversaciones privadas o en espacios públicos– rememoran estos episodios dolorosos que las marcaron subjetivamente. Para analizar estas experiencias, se retomarán las problematizaciones antropológicas acerca del dolor y el sufrimiento social. Estas ponen el énfasis en los padecimientos producidos por injusticias y desigualdades estructurales, históricas y sociales pero para analizarlos se centran en las experiencias dolorosas de las personas

sufrientes, en las formas cotidianas en las que transmiten su dolor y logran vivir con él.

Estos serán puntos de partida para reflexionar acerca de las dolencias y sufrimientos en función de “sus modos sociales de producción, experiencia y expresión” (Epele, 2020, p. 12), así como para indagar en el papel del dolor en la configuración de subjetividades en diálogo con procesos más amplios de subalternización y alterización de los colectivos indígenas, pero también de comunalización (Brow, 1990). Para hacerlo, retomaré dos relatos registrados durante mi trabajo de campo con un *Lof* mapuche en norpatagonia durante el período 2021-2024. El enfoque etnográfico es el elegido para realizar dicha problematización, ya que la vida cotidiana se convierte en el espacio en el cual no solo se puede indagar en los procesos de violencia y de producción de dolor, sino también en las formas en que las personas constituyen estrategias para sobrellevarlo.

### **EXPERIENCIAS DOLOROSAS MAPUCHE: ALGUNOS PUNTOS DE PARTIDA**

A lo largo de mi trabajo etnográfico con comunidades y personas pertenecientes al pueblo mapuche me he centrado en la forma en la que estas llevan adelante procesos de actualización de memoria colectiva y de demanda por el acceso a derechos –principalmente en torno a la salud–, en el marco de contextos de subalternización y alterización.

La subalternización refiere al proceso de despojo territorial y de desestructuración social iniciado hacia fines del siglo XIX con las campañas militares del ejército argentino, denominadas “Conquista del Desierto”<sup>2</sup> (Ramos, 2016). Este proceso ha continuado a lo largo del tiempo a través de diferentes políticas como las relocalizaciones espaciales; la arbitrariedad en la entrega de títulos sobre las tierras, y los criterios ambivalentes y diferenciales de inclusión y exclusión de estos colectivos a la ciudadanía. La marginalidad, así producida, ha ido determinando las biografías de las personas mapuche en sus modos de circulación por el espacio social hegemónico, así como también ha ido permeando la forma en la cual determinadas experiencias de dolor y violencia estatal empezaron a ser recordadas. Mientras que para la visión estatal, por ejemplo, las campañas militares suelen ser

---

2 Campañas militares que transcurrieron en el período 1878-1885, bajo el mandato de Julio Argentino Roca en el Ministerio de Guerra durante el gobierno de Nicolás Avellaneda y, posteriormente, en su propia presidencia. Su objetivo era incorporar las tierras al sur de la frontera y someter a los grupos indígenas que las habitaban. Durante las campañas, las personas indígenas fueron concentradas y trasladadas a la fuerza a campos de trabajo y de concentración (Delrio, 2005).

la imagen fundante y constitutiva de la nación argentina; para las familias mapuche, estas campañas constituyeron la imagen en la que se estructuran dialécticamente las experiencias violentas de sometimiento del pasado y del presente.

Por su parte, la alterización es el proceso paralelo a través del cual se administró la diferencia para establecer los criterios de inclusión y exclusión de los indígenas como “otros internos” a la nación (Briones, 1998). Estos criterios definen hasta el día de hoy los parámetros de autenticidad y las economías de valor que van determinando los lugares sociales tolerados por el Estado para el “ser indígena”, los cuales se efectivizan a partir de prácticas de violencia simbólica y discriminación.

Estos acontecimientos emergentes que signaron los procesos de subalternización y alterización son los que marcaron dolorosamente las biografías de las personas mapuche, en tanto “eventos críticos” (Das, 1995) que emergen en la vida cotidiana modificando en profundidad y por completo el mundo en el que viven las personas mapuche y los acuerdos de sentido y acción establecidos en el marco de este. En este proceso se interrumpieron, prohibieron, estigmatizaron y clandestinizaron sus formas de ver y ser en el mundo, sus conocimientos y sus prácticas.

En términos narrativos, estas experiencias dolorosas que surgen de haber tenido que atravesar estos momentos difíciles se organizan en torno a lo que las mismas personas mapuche denominan como “historias tristes”, es decir, la narración de sus vidas a través de la reconstrucción de las memorias de experiencias dolorosas que tuvieron que sortear como pueblo y que se transmiten entre generaciones (Ramos, 2010). Estas inician cuando “los correteaban por todos lados” durante las campañas militares; continúan con los robos, detenciones y torturas aplicadas por la policía fronteriza; el despojo de sus tierras o haber tenido que abandonar “el campo” para trabajar, entre otras cuestiones.

Como ya ha sido mencionado, en esta oportunidad me interesa centrarme en las narrativas que remiten específicamente a experiencias dolorosas vividas por las mujeres cerca de los 10 años cuando se vieron obligadas a abandonar “el campo” o a sus familias para trabajar en “casas de familia” ajenas. En dichas experiencias, no solo enfrentaron la tristeza derivada de la distancia y separación del núcleo familiar, sino que, en numerosos casos, padecieron situaciones de violencia y maltrato debido a su pertenencia indígena. Al relatar sus vidas, describiendo cómo lograron llegar a su posición actual, a acceder a determinados cargos, o al expresarse públicamente en encuentros

mapuche, las mujeres se detienen en estas experiencias dolorosas y las vuelven constitutivas de quienes son.

Siguiendo a Héctor Nahuelpan Moreno (2012), estas experiencias se constituyen en “zonas grises” donde es posible ver la acción cotidiana en la que se desenvuelven las “formas de sufrimiento social, modos de sobrevivencia, resiliencia y resistencia desplegados por hombres y mujeres mapuche en condiciones de marginalidad social y violencia colonial”, así como la producción de subjetividades desde el “imbrincamiento y encadenamiento de relaciones de clase, raza y sexo/género para explicar desde experiencias y relaciones sociales concretas y contingentes los modos de dominación y las jerarquías sociales” (p. 13).

En este sentido, desde las prácticas cotidianas es posible ver el sufrimiento social como un “ensamblaje de problemas humanos que tienen sus orígenes y consecuencias en las heridas devastadoras que la fuerza social puede infligir sobre la experiencia humana” (Kleinman et al., 1997, p. 4). Es en este entramado que las mujeres mapuche estructuran los sentidos en torno a estas experiencias dolorosas y producen articulaciones/desarticulaciones –familiares y comunitarias– con otras para comunicar los alcances de su sufrimiento.

Veena Das (2008a), en diálogo con Ludwig Wittgenstein, reconstruye las problemáticas ligadas con la comunicabilidad del dolor, tensionando entre dos formas de caracterización: una que entiende al dolor como factor de separación, ruptura e incomunicabilidad; y otra que lo entiende en su carácter comunalizador, retomando como eje las lógicas y posibilidades de su transmisión. En su análisis de experiencias de violencia que atravesaron las mujeres indias durante la Partición, que implicó la división territorial de India y Pakistán en el año 1947, reconstruye los modos particulares en los cuales el dolor encuentra lenguajes para ser transmitido y comprendido en el marco de “acontecimientos que se sitúan fuera del curso de la experiencia de lo normal” y que “se experimentan como repentinas y traumáticas” (p. 412). De esta manera, busca encontrar los *index* que permiten interpretar las decisiones agentivas de las mujeres involucradas en ese proceso, poniendo el énfasis en su perspectiva en tanto personas dolientes y en las formas en las cuales articulan estos acontecimientos. En esta dirección, las narrativas se reconocen como una práctica social siempre en rearticulación que implica “un trabajo continuo y difuso sobre el día a día, modo fundamental de construir el tiempo y negociar las fronteras del yo, la diferencia y la sociabilidad” (Ortega, 2008, p. 45).

Volviendo al tema de este capítulo, en consonancia con Das, en sus formas de narrar sus vidas, los dolores y sufrimientos atravesados, las mujeres mapuche entrelazan sus experiencias de manera particular,

permitiendo que afloren “procesos de negación, olvido selectivo, mistificación, auto justificación y todos los mecanismos que hacen compleja y contradictoria la conciencia personal y la comunicación de las experiencias subjetivas” (Jimeno, 2008, pp. 277-278). Bajo estas condiciones, las narrativas se encuentran en contante redefinición y se modelan también en torno a las asociaciones que establecen al enunciarse, a los interlocutores a las que son referidas y a los contextos de enunciación. En este sentido, se entrelazan con las formas de producir subjetividad, ya que “en el acto de recordar y relatar a otros, la persona comienza a encontrar caminos para reconstruir el sentido subjetivo de la vida” (p. 268).

Retomando lo dicho hasta aquí, y en contrapunto con el abordaje de Das, el hecho de que estas experiencias laborales durante la niñez sean parte de las biografías de las mujeres entrevistadas, hace más a una regularidad que a una cuestión excepcional. Es decir, son regulares ya que son experiencias que suelen atravesar las mujeres mapuche por sus condiciones históricas y materiales de existencia, pero son excepcionales debido a que son las mujeres las que definen las formas en las que articulan dichas experiencias para contarse a sí mismas.

En este sentido, resulta significativa la asociación entre memoria, biografía y subjetividad planteada por Nikolas Rose (2003) al definir el concepto de “subjetificación”. En este término se combina el doble proceso de sujeción y subjetividad. Mientras la sujeción da cuenta de las formas en que operan ciertos regímenes y prácticas que determinan las relaciones y experiencias de los sujetos; la subjetividad refiere a los modos en que los sujetos internalizan o no estos estos regímenes desde el afecto y de acuerdo con sus biografías.

Para Rose (2003), la subjetividad se establece en torno a la idea de pliegue, en la que entiende los mandatos y rutinas de sujeción internalizados como experiencias, recuerdos y conocimientos a lo largo de una vida. Por un lado, las fuerzas hegemónicas encarnadas, por ejemplo, en las leyes, políticas y formas de violencia estatal en las que se arbitran la inclusión-exclusión de las personas indígenas en la ciudadanía. Por otro, las fuerzas externas tal como las personas mapuche las internalizan en sus biografías, produciendo sus propios plegamientos subjetivos. Estos plegados son contingentes, ya que las experiencias, recuerdos y conocimientos no solo se renuevan; sino que también se reorganizan, conectando superficies y recovecos de maneras diferentes en sus relaciones permanentes con el afuera y el presente.

Desde este ángulo, la subjetividad adquiere una autonomía relativa con respecto a la sujeción porque, en el transcurrir de sus vidas y de sus encuentros con otros, las persona mapuche –en este caso las mujeres– despliegan y repliegan sus memorias de ciertas experiencias

en formas imprevisibles y novedosas al contar quiénes son (Ramos, 2010). En estas formas de narrarse a sí mismas, ciertas situaciones cobran autoridad por sobre otras de acuerdo con los contextos presentes de enunciación.

Por este motivo, la biografía cobra un lugar central en el análisis, dado que en ella se entrelazan tanto los modos de transitar por espacios de poder como la manera en que dicho tránsito se integra en la conformación de la subjetividad. El hecho de recordar eventos del pasado en el marco de las biografías, no implica “una simple capacidad psicológica, sino que se organiza gracias a los rituales de la narración” (Rose, 2003, p. 239), en los que salen a la luz las experiencias pasadas que pueden ser iluminadas en función del presente de enunciación.

En este trabajo, me pregunto por la forma en la cual las mujeres, al transmitir el dolor, reconfiguran sus experiencias en función de sus contextos de enunciación. Al hacerlo, se reconocen en situaciones similares atravesadas por otras mujeres, establecen articulaciones con eventos dolorosos del pueblo mapuche de maneras particulares o entienden su sufrimiento en función de los marcos de interpretación heredados por la transmisión de silencios o formas de resguardo. A continuación, contextualizaremos los contextos etnográficos de enunciación.

### **ACERCA DE LOS CONTEXTOS ETNOGRÁFICOS DE NARRACIÓN**

Este escrito parte de algunas inquietudes emergentes de mi trabajo de investigación actual, pero también retoma interrogantes pendientes que surgieron como un desafío dentro del trabajo etnográfico con un *Lof* mapuche. En particular, este capítulo fue realizado en base a un trabajo de investigación iniciado en el año 2020, orientado a realizar un diagnóstico crítico y constructivo sobre el acceso a la salud del pueblo mapuche en norpatagonia (Argentina), a partir de la articulación de diversas cuestiones: la institucionalización de la salud pública en contextos interculturales; los reclamos del movimiento mapuche en torno a sus derechos a la salud; las prácticas cotidianas que conforman los itinerarios terapéuticos de las personas mapuche, y la actualización de conocimientos mapuche en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado. El equipo participante es interdisciplinario, mujeres provenientes de trayectorias profesionales en Medicina, Veterinaria, Agronomía, Antropología y Sociología; e interinstitucional, ya que sus integrantes forman parte del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Universidad Nacional de Río Negro, de Hospitales provinciales de Río Negro, del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria y de la Unidad Regional de Epidemiología y Salud Ambiental.

En el marco de dicho objetivo, desde el año 2021 realizamos trabajo de campo etnográfico y entrevistas en profundidad tanto con un *Lof* mapuche como con equipos de salud. En este contexto, fueron entrevistadas autoridades e integrantes del pueblo mapuche.

Las narrativas seleccionadas fueron registradas en contextos de enunciación distintos. La primera, en el marco de una entrevista en profundidad con una mujer que es una autoridad mapuche. La entrevista fue pautada con anticipación y de la que formaron parte dos integrantes del proyecto. Fue en un ámbito íntimo y para la entrevista se realizó la firma de un consentimiento libre, previo e informado. Por otra parte, la segunda, fue registrada en el marco de un encuentro comunitario, organizado en conjunto entre comunidades e integrantes del grupo de trabajo, estableciendo los objetivos de ambas partes. Durante el encuentro se presentó el proyecto, el objetivo de la investigación y los propósitos de esta, se dio acuerdo para el trabajo y la grabación. Es necesario aclarar que las mujeres cuyas experiencias serán casos de análisis actualmente se autoafirman como mapuche, forman parte de comunidades u organizaciones, se encuentran encauzadas en procesos organizativos, de demanda frente al Estado y de lucha por el reconocimiento de sus derechos.

Más allá de los acuerdos establecidos, se ha decidido resguardar en el anonimato los nombres de las personas involucradas, incorporándose iniciales de referencia.

### **LAS ARTICULACIONES ENTRE LAS EXPERIENCIAS DEL DOLOR FAMILIARES: BIOGRAFÍA Y SUFRIMIENTO**

En el mes de octubre del año 2014<sup>3</sup> nos encontramos con C., una autoridad del pueblo mapuche que reside en una localidad patagónica. Durante nuestra entrevista –de la que participaron una médica mapuche y una agrónoma, integrantes del equipo de investigación–, le comentamos a C. que estábamos trabajando temas de salud dentro de un proyecto.

En el documento de C. registraron su fecha de nacimiento en 1951, pero ella nos cuenta que tiene más edad porque fue “anotada tarde”, calcula que tiene cerca de 77 o 78 años. Nació “en el campo”, donde se instaló su familia cuando tuvieron que salir “disparados” por la llegada de las campañas militares. Durante su presentación, C. se detuvo en su familia, quiénes eran y dónde vivían sus abuelos y abuelas, su padre y madre cómo se conocieron y fueron moviéndose hasta llegar al lugar donde finalmente decidieron establecerse.

---

3 Todos los fragmentos citados corresponden a este mismo encuentro.

En este relato, C. incorpora fragmentos de su infancia y de su vida “en el campo” que rememora apelando al sentido del humor, dando cuenta de ciertas “picardías” y “aventuras” vividas junto con sus hermanos. También durante la infancia es que ubica su aprendizaje del *mapuzungun*, la lengua mapuche que se utilizaba dentro del hogar y para hablar entre familias del mismo pueblo. Actualmente continúa usándolo, principalmente para reproducir diálogos que se dieron en el pasado dentro del núcleo familiar. Para continuar, le consultamos cómo había recibido su llamado para ser una autoridad. Su narración fue encadenando distintos eventos, entre los cuales se encuentra la experiencia dolorosa de haber tenido que dejar su casa y el campo para irse a la ciudad con otra familia. En esta instancia, su tono cambia, se detiene y hace pausas, por momentos parece compungida, al borde del llanto:

No, porque cuando nosotros empezamos a andar con la organización... O sea yo tenía, ya tenía... Ya viene de mis raíces, de mi conocimiento. Entonces de ahí cuando yo fui chica, yo no me crié... o sea, me quedé hasta una cierta edad en el campo, yo salí, como 11 años tendría que me quedé en el campo, después de ahí a mí me regalaron, mi hermana mayor... [hace una pausa]. Bueno, primero sí yo estaba muy relegada, muy enojada, tenía mucho rencor de por qué me habían regalado... Me regalaron a acá, a una familia de acá. Entonces, ¿qué hizo mi hermana? Como ella no tiene mucho contacto conmigo, éramos hermanas, entonces no sé qué le pasó... Bueno, resulta que falleció mi mamá cuando yo tendría 10 años, 8 tendría, 8 capaz que tendría, falleció mi madre, quedamos huérfanos nosotros, yo me quedé en la casa con mi hermanito porque mi hermana I. también estaba acá y andaba con su marido y me quedé en la casa yo con un vecino, un tal V... en ese entonces papá estaba preso.

C. empieza su relato por el fin, recibió el llamado para ser autoridad en la ciudad donde vive, cargo que fue reconocido por distintas comunidades y personas mapuche de esta localidad en el marco de su participación de procesos de lucha. La migración a las ciudades desde el campo suele ser un evento dislocador, ya que formas de organización y vinculación productivas y ceremoniales deben renovarse en un nuevo contexto. En el marco de los procesos organizativos iniciados en la década de 1980 en la región patagónica, comenzaron a reactivarse algunas prácticas ceremoniales en contextos urbanos. Es en este marco, que el llamado recibido por C. y su formación comienzan a insertarse en estos procesos de recuperación de prácticas ceremoniales. Dentro de su historia, C. va insertando su experiencia de migración

para contar el despliegue de este rol, ella no siempre vivió en el campo y el factor que determinó esta discontinuidad fue el hecho de haber sido “regalada” por su hermana a una familia de una ciudad cercana, ya que su mamá había muerto y su papá estaba preso.

Papá siempre caía preso por el problema de tierras con los turcos<sup>4</sup>, fueron allá al campo nuestro, se fueron a sacar tiza, se ve que hacía rato que estaba sacando tiza, porque allá es un campo muy grande que tenemos ahí, había que andar para poder recorrer todo el campo. Entonces vino un vecino un día, fue el viejito C. a la casa un día y conversando, nosotros no escuchábamos ni nada, y ellos se ve que charlaron, ahí había ido a decirle que los turcos estaban escarbando con pala. Y bueno, mi padre charlando con mi mamá a la noche –nosotros comíamos–, entonces le comentó, le dijo: “Mañana bien temprano me voy a ir con la tropilla, me voy a ir con los caballos”. “Temprano a las 6 de la mañana tengo que estar saliendo, están escarbando el campo ¿Por qué no vienen a hablar si ese campo es mío, por qué hacen eso?”. Entonces mi mamá –ella ya sabía cómo era él– le dijo: “Bueno, pero mañana vamos a ir los dos, yo ya te conozco” y dijo: “No, yo voy a salir solo”. Y sí, ensilló los caballos, salió y cayó [preso]. Y bueno, y es la primera caída [en la policía] que tuvo mi padre y esa fue que lo jodía cada vez que lo metían preso, era como que le traían eso. Le pusieron un título de “peligroso”. Porque cuando mi abuelo estaba en vida todavía, estaba la fronteriza, fueron a la casa de mi abuelo, le encerraron los animales, le pegaron. Bueno, ahí sacaban los chicos, las chicas, se los sacaban y llevaban como esclavos. Mis tíos habían ido a esconderse en el cerro, mi hermano que se estaba criando con la abuela, se fueron a esconder en una cueva de piedra de la policía de a caballo, con los mismos caballos de ellos, los llevaban, los llevaban y los mandaban a otro lado. Así hacían. Entonces mi papá que estaban viviendo con nosotros, sabía contar mi abuela, mi mamá también, a la noche llegó mi hermano y el papá le dijo: “¿Qué pasó?” “Llegaron la policía, nos obligaron a dar caballos, yo me disparé”. “Qué dice, no pueden hacer

---

4 En todas las referencias que se hacen a “los turcos” se habla de migrantes de “medio oriente” (Turquía, El Líbano) que llegaron a la Patagonia entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Dentro de las historias oficiales patagónicas, los “turcos” llegaron “sin nada” al territorio argentino y, a pesar de aquello, se constituyeron “a fuerza de trabajo” en “lo que son” (dueños de tierras, de comercios). Para las personas mapuche, en el pasado, los “turcos” eran los dueños de los comercios que les generaban deudas por arreglos desiguales, quienes les cobraban por el uso del molino, los que les sacaban sus tierras, las familias de las casas donde trabajan las mujeres mapuche. Actualmente, son parte de los privados con los que se está en conflicto por cuestiones territoriales.

eso, yo voy a ir”. Fueron recorriendo toda esa noche los milicos, sacando gente que podían, agarraban a los chicos en las casas, llevaron de otras familias... a los jóvenes los llevaron a un destacamento que había ahí. Mi padre lo acompañó a mi abuelito a buscar sus caballos y mi padre sabía contar, él sabía llorar cuando contaba: “¿Qué se creen estos milicos, milicos muertos de hambre?”, fue y un policía le dice: “Usted se calla la boca porque vas preso”, le revoleó el rebenque, le pegó un garrotazo en la cabeza, el tipo quedó tirado... eso es lo que lo jodía, cada vez que salía preso lo jodían.

El recorrido de su padre se conforma de experiencias dolorosas y de violencia: haber estado en diversas oportunidades preso, el haber sido catalogado como “peligroso” para las fuerzas de seguridad tras haber confrontado con un miembro de la policía fronteriza. El derrotero de su padre pareciera concretarse en el camino emprendido por defender sus tierras y confrontar a los sistemas de poder que lo subordinaban como mapuche. Dentro del arte verbal mapuche, existen ciertas referencias de género para contar historias verdaderas que se transmiten de generación en generación con ciertos *índex*, a partir de los cuales se sostiene la tristeza atravesada en las experiencias iniciales, estas comienzan con una frase: “Sabía contar cuando lloraba” (Ramos, 2010). C. utiliza estos *índex* y los incorpora en su propia biografía, dando cuenta de los distintos acontecimientos dolorosos pasados. Se detiene también en el robo de niños que realizaba la policía fronteriza para ser sometidos a la esclavitud en hogares de la zona, un tema que no va a problematizar de esa manera en su relato, pero que se conecta por proximidad. Más adelante, se adentra en la muerte de su madre que la convirtió en “huérfana”, según su propia descripción.

Mi mamá murió porque estaba sacando nieve, en esa época estaba embarazada y se fue al pozo, porque mi papá era bastante áspero también, y le decía que vaya a limpiar: “No es enfermedad eso, solamente para tener hijos tan delicado va a ser”, y la retaba. Y bueno, mamá para que no le diga nada fue a limpiar, estaba limpiando, limpiando hasta que llegó al pozo, el pozo tenía una escalera, estaba medio extendido, medio extendido ya para bajar, inclinado. Y claro, ella iba limpiando y resbaló, cayó abajo en el agua, en el pozo, seguro que ahí se golpeó o agarró todo ese frío y ahí estuvo. Dice que ahí gritaba, gritaba, nadie la escuchaba, si estaba el pozo lejos allí en el medio del mallín.

C. rememora entre sollozos el accidente y la muerte de su madre. Este fue un acontecimiento doloroso que atravesó junto con sus hermanos, construyendo sus propias impresiones del dolor. Su madre, tras ser

extraída del pozo, agonizó por dos días hasta que falleció. Mientras agonizaba, su madre le dijo: “Yo voy a estar lejos pero voy a estar cuidando”. Para C. esta experiencia fue traumática, por haber visto lo que le pasó a su madre, pero también por una situación posterior. A ella le dijeron que su madre no había muerto y que estaba dormida, la mandaron a la casa de sus primos para velarla y trasladar el cuerpo. De acuerdo con lo que ella rememora en su familia: “Nunca nos dijeron que se murió... Y ahí echaron mentiras, nosotros preguntamos”. Siguiendo su narración, la hermana le prometió que su mamá iba a volver a la casa, pero luego se dieron cuenta que ella ya no regresaría al escuchar una charla entre adultos, en la que un primo le decía a su hermana que debían avisarle que su mamá estaba muerta.

La muerte de su madre está directamente vinculada con los maltratos y violencias recibidas dentro del espacio doméstico, violencias que se reproducen simbólicamente al dejarla fuera del conocimiento de lo que pasó, posiblemente para resguardarla del dolor que la muerte le podía generar. Como ella explica: “En la cabeza mía, me parecía que la iba a ver, parecía que ella iba a volver a la casa, yo lloraba ¿dónde está mamá?”. Al terminar esta historia, C. hace un silencio, parece perderse en ese evento: “¿Dónde estaba?”, nos pide pistas para retomar. Una de las compañeras del proyecto la guía y le menciona que estaba contándonos cómo accedió a su cargo y cómo su hermana “la regaló”. C. menciona que su hermana había estado preguntando a un turco de la zona quién quería una chica para regalar y el turco le dijo que su hermano. La pasaron a buscar una noche junto con lana, según su hermana con el consentimiento de su padre desde la cárcel, algo que para C. continúa siendo entendido como una mentira que le dijeron para llevarla.

Bueno, así que el turco llegó ese día, cargó la lana, mi hermana me preparó la ropa y me vine, me trajeron, entre medio de la lana. Yo lloraba. Llegamos acá y ya estaba de noche, estaba la mujer de él, la señora, la que me terminó de criar. En esa casa había otra piba que también había sido huérfana. La mujer dijo: “¿Otra chica más?” “Hay que bañarla...” Me cortó el pelo, no sé qué. Yo tenía el cabello largo: “Acá no se usa el pelo largo, a los indios menos, porque acá cuesta, no voy a estar todo el día peinando”. Me cortó el pelo, bien cortito lo dejé, yo lloraba por mi pelo. Después la otra chica me dijo: “Acá no podés hablar...”. ¡Yo no podía hablar como ellos hablaban, por dios santo! Cada trompada que me daban... A mí me decían: “A mí no me hables por empezar así, porque nosotros no somos indios, acá no va a estar con los indios, los indios hablan así porque comen la gente, no va a ir a la escuela tampoco porque tienen que hacer las cosas acá, porque nosotros los vamos a criar pero tienen que pagar con su trabajo...”

Bueno, será así... Y hacía todo el trabajo de la casa, todo, todo, empezando de los platos, la cocina, a la cama, el baño, todo, lavar, planchar. Y, ella me ayudó mucho porque ella me decía: "C. Vos tenés que hacer esto, esto, esto como lo hago yo, si no te van a pegar, porque ellos te pegan. ¡Y no les contestés!". Pero ellos trataban mal e igual me decía como que aguantara... Tampoco tenía, no tenía yo mis documentos, yo estaba asentada allá pero... y después la libreta de casamiento de mi padre, pero eso los tenían ellos, estaría en la casa, no sé.

La llegada a la casa de los "turcos" se da un contexto doloroso que se fue constituyendo tras la sumatoria de situaciones que C. fue narrando: la muerte de su madre, que su padre estuviera preso, haber sido criada por un vecino y "regalada" por su hermana. Sus hermanos también fueron "repartidos", como ella comenta después. Los varones fueron a trabajar a una estancia y las mujeres a otras casas de familia en ciudades. A diferencia de las mujeres, para los varones las estancias eran un lugar de encuentro con otros mapuche que trabajan en la señalada o en la esquila, además les permitía continuar en el campo. Sin embargo, para las mujeres implicaba un cambio disruptivo de contacto con sus familias, "el campo" y con otras personas mapuche. Así mismo, las confrontaba con una representación de "lo indio" que, en muchas oportunidades, no había sido percibida previamente.

El hecho de haber sido "regalada" da cuenta de las transacciones establecidas con su propio cuerpo y fuerza de trabajo. Ella fue "terminada de criar" a cambio del trabajo que debía realizar: lavar los platos, la cocina, la cama, el baño, planchar. Como a los niños llevados por la policía fronteriza para ser esclavos, a ella también la llevaron. Ahora bien, su vida en esta nueva casa se modificó por completo. Comenzó a experimentar en carne propia aquello que había comenzado a entender, a través de la experiencia de su padre y su abuelo, la forma en que se encarnan las prácticas de violencia material y simbólica en el que se inscriben las trayectorias indígenas. El hecho de ser "india", por el que llega obligada a trabajar en esa casa, dentro de ese espacio es leído en términos negativos. Todo lo que para ella era familiar y propio se ve interrumpido. Su pelo es cortado por la "suciedad", su lengua es prohibida, su pertenencia indígena estigmatizada y silenciada con golpes y retos. Ni siquiera portaba sus propios documentos, hecho que convertía a su vida y su cuerpo en una propiedad de "los turcos". Esta fue la primera vez que C. se enfrentó con el hecho de ser india:

Yo nunca había escuchado esas cosas, nunca porque tuve la misma familia, esa palabra [indio] no la sabíamos nosotros. Y yo decía lo mismo, cuando ellos nos empezaban a tratar mal, decían: "Indio que

comían la gente” y no sé qué cosa, yo le preguntaba a Y.: “¿Y por qué nos dicen indios?, ¿qué, no somos personas?”.

Estas situaciones pusieron en cuestión su propia vida y dislocaron su subjetividad, llevándola a pensar qué era ella frente a la violencia que era ejercida por ser diferente, a tal punto que puso en cuestión si era una persona. En términos regionales, la vida de C. era una expresión de las relaciones desiguales dentro de la Patagonia, donde ciertos migrantes fueron construyendo su propiedad y su riqueza a partir del comercio, el engaño hacia los pueblos indígenas y el apoyo de políticas estatales; a la par que los pueblos indígenas fueron perdiendo sus territorios, sus ingresos y, en este caso, la posibilidad de definir sus vidas. C. continuó viviendo en la casa de “los turcos” hasta los 22 años, momento en el que se peleó con “el turco”: “Porque ella (su mujer) me tenía cansada, me pegaba, me tiraba los pelos, de todo, el turco nos daba con el cinto”.

Para lograrlo, tuvo que ir tomando otras determinaciones, primero se fue vivir a una iglesia evangélica y luego se casó, ambas situaciones le permitieron emanciparse. Al finalizar, C. hace una reflexión sobre lo vivido:

Y sufríamos, porque sufríamos... nos hacían pasar también un momento difícil...nos afectaba a nosotros también, porque a pesar de todo que ellos eran malos con nosotros, nosotros los queríamos igual a ellos. Por ahí digo yo, habrán sido malos, nos pegaron, nos trataron mal, pero gracias también a eso aprendimos, aprendimos a ser mujer, aprendimos cómo se tiene que atender gente, aprendimos cómo se tiene que limpiar, muchas cosas, muchos valores, tal vez no nos mandaron a la escuela, pero nos enseñaron valores, a los golpes pero nos enseñaron valores, si no, no sé qué hubiésemos sido también, no sé dónde estaríamos, si estaríamos vivos o no.

Entrevistadora: Qué difícil, ¿no?

C.: Si, es difícil, es pagar un precio, es pagar un precio.

C. reensambla sus experiencias de dolor personales y familiares para inscribir su propia trayectoria subjetiva, intersectando las relaciones de clase, raza y sexo/género que le dieron lugar en su memoria a través de “espacios cotidianos, interacciones y experiencias son constitutivas de las historias familiares, de las heterogéneas y contradictorias identidades mapuche” (Nahuelpan Moreno, 2012, p. 13). Lejos de ser una biografía de resistencia sin matices, C. internaliza estos eventos con los “grises” que producen las apropiaciones afectivas de sistemas de

poder y las moralidades impuestas, a tal punto que este universo se convierte en aquel que aseguró su supervivencia por el cual expresa su agradecimiento.

Sin embargo, esto no implica dejar de lado que, desde el momento en que fue a vivir a la casa de los “turcos”, el sufrimiento fue el hilo conductor de su biografía (“sufríamos, porque sufríamos...”). Dentro de su lectura, el maltrato y la violencia forman parte del “precio” que había que pagar para seguir siendo mujer, mapuche y garantizar la vida, aun cuando eso implicara evitar hablar la lengua y “aguantar” para sobrevivir. Para hacer esto posible, C. ha construido vínculos afectivos incluso dentro del mismo escenario de violencia.

En su biografía, entonces, se articulan tanto violencias estatales como domésticas y las estrategias agentivas sutiles y cotidianas de las cuales se fue valiendo para evitar sufrir más y seguir viviendo. Estas experiencias se entrelazan en su narrativa para hallar una lógica que dé cuenta de cómo hoy es lo que es (una mujer mapuche, una autoridad, una hablante de *mapuzungun*, una madre, una abuela, una esposa), a pesar de todo. Para ello, C. utiliza distintas estrategias: rememora y establece articulaciones con el dolor heredado de su padre y su madre, con las violencias hacia los niños y niñas mapuche; retoma géneros discursivos propios de la oratoria mapuche para inscribir la violencia en contextos privados en marcos retóricos históricos, y en sus pausas da pistas del dolor que aún causa actualizar esas situaciones atravesadas. Todas estas estrategias le permiten “apropiarse y subjetivar la experiencia de dolor, aun así sea dentro de rígidos códigos culturales que pudieron haber sido cómplices en los actos de violencia” (Ortega, 2008, p. 45), como el haberse hecho responsable del precio que le impusieron pagar.

Aun cuando la experiencia dolorosa de “salir del campo” fue disruptiva y marcó un quiebre con las lógicas cotidianas de la vida en su núcleo familiar, C. relee estas situaciones como parte de las cosas que han tenido que sufrir como mapuches, en plural y colectivamente (“sufrimos”), tal como ella lo expresa, para ser y estar hoy vivos.

### **LAS EXPERIENCIAS DE DOLOR COMO MENSAJE PARA EVITAR EL SUFRIMIENTO: LAS NARRACIONES COLECTIVAS DEL SUFRIMIENTO**

En el mes de mayo del año 2022, organizamos un taller junto con las autoridades de un *Lof* mapuche de norpatagonia destinado a trabajar sobre los recuerdos de las prácticas medicinales familiares mapuche. Un primer momento del encuentro se realizó en la casa de la *lonko*<sup>5</sup> y luego nos trasladamos a un galpón perteneciente a la comunidad.

---

5 Principal autoridad política de un *Lof*, en sentido simplificado, “cacique”.

Durante el encuentro participaron del taller cerca de 30 integrantes de la comunidad entre varones y mujeres, así como de otras comunidades de la zona, de una franja etaria aproximada entre los 40 y los 70 años. La oratoria y la cesión de la palabra tomó la forma de parlamento, con una dinámica en la que circulaba la palabra y se dialogaban distintos temas atinentes a las comunidades. Como parte del protocolo, para iniciar, se realizó una ronda de presentaciones en la que habló inicialmente la *lonko* de la *Lof* que organizó el encuentro en su territorio. Luego, se fueron presentando el resto de los participantes, entre ellos las integrantes del equipo de investigación. Durante esta primera parte de la reunión, se realizaron intervenciones vinculadas con el uso de plantas medicinales y las formas de curación mapuche familiares.

Durante la segunda parte del encuentro –si bien no era nuestra intención inicial–, en medio de las conversaciones, surgió la pandemia como un tópico central de discusión que ocupó un momento prolongado de anécdotas y reflexiones. Cuando surgió el tema, la *lonko* realizó una larga introducción en la que comentó que la pandemia “había sido difícil”. Para dar cuenta de lo difícil de esta situación, fue desarrollando con profundidad distintos problemas acontecidos: el cierre de la entrada a la localidad a la cual se acercan a buscar provisiones, acudir al hospital y la farmacia, visitar familiares, hacer trámites bancarios; la militarización del paraje y de los caminos, las situaciones de maltrato vividas en los controles con las fuerzas de seguridad; los desentendimientos en la atención de la salud; la imposibilidad de juntarse y la importancia que los encuentros presenciales interrumpidos (parlamentos, ceremonias) tienen para “estar bien” como comunidad y como personas.

La pandemia de COVID-19 se presentaba como un momento de tristeza, dolor y miedos que tuvieron que atravesar: “[La pandemia] sí, impactó un montón, en todas las comunidades... y en esta también, y sí, porque no nos podíamos juntar, no, no... nos pegó un montón” (R., integrante del *Lof*, comunicación personal, mayo de 2022).

Y yo decía a mí no me gusta que me digan que no puedo atender a nadie, si viene mi nietito, es como un hijo para mí, ¿por qué lo voy a dejar afuera? Te dejaban aislado: “Que no, que vos no tenés que saludar porque trae gripe, trae enfermedad”, así que si venía a mi hija tampoco la podía atender, yo a mi hija no la puedo dejar afuera, venía del campo, de pasada, iba al campo, ¿la iba a dejar afuera en la ruta? No, es mi hija, la crío yo. Para mí era re malo, no te dejaban ver a nadie. Hasta la policía no me dejaba. Esperaban que una se muera sola, todos no teníamos COVID, habrá habido en una parte, no digo que no,

pero gracias a dios no lo tuvimos (C., integrante del *Lof*, comunicación personal, mayo de 2022).

Y a uno le da miedo, sí o sí, yo por ejemplo estuve un año en casa sin ir a ver mi familia, por lo tanto yo estaba solo, solo solito, y más que alguna llamada por la radio, VHF, pero estaba bien. Pero llegó un momento que me empecé a deteriorar, a tener problemas de salud, me costó un montonazo, y todo eso acompañado con la tarea de esquilas, de entregar la lana en tiempo y forma, estuve un mes sin comer y sin dormir. Fue terrible la situación, pero uno prueba la resistencia de cada. Para mí fue doloroso, fue difícil... (R., integrante del *Lof*, comunicación personal, mayo de 2022).

De acuerdo con lo narrado, la pandemia era significativa no tanto por los casos que habían tenido en la localidad –solo uno–, sino por las consecuencias de las medidas de aislamiento que llevaban al distanciamiento de sus familias, la soledad, la sobrecarga de tareas y la mayor presencia de las fuerzas de seguridad en el paraje. La pandemia interrumpió la organización y las prácticas políticas y ceremoniales mapuche. Para los y las integrantes del *Lof* presentes, este era uno de los primeros encuentros que se habían realizado tras la pandemia. Y, para el *Lof*, era el inicio del mandato de nuevas autoridades comunitarias. En esta configuración, muchas mujeres habían ocupado lugares de autoridad, como es el caso de la *lonko* y la *werken*<sup>6</sup>. Luego de estas intervenciones, tomó la palabra el *lonko* de otro *Lof* presente, quien mencionó la importancia de “recuperar la nuestra identidad” para superar los dolores atravesados.

A mí me gusta andar mucho y recuperar el tema de esto de la nuestra cultura, que no se tiene que perder, ¿sabés cuál es? El tema de la lengua, no se tiene que perder, entonces bueno, eso es lo que trata de recuperar uno muchas veces... yo he participado en muchas ceremonias, muchos *trawunes* [parlamentos], muchos *nguillatun* [ceremonias], de ahí saca la experiencia uno para transmitirle a nuestros *weche*, los jóvenes, también a los miembros de la comunidad. Yo se los transmití a esto que, por ahí, pueden agarrar viaje de la recuperación de la nuestra cultura, que tanto se ha perdido esto, y esto es lo que tenemos que recuperar nosotros, la lengua, el *mapuzungun*... también por cada uno, contar por qué anda uno en esto, eso es lo que uno tiene que recuperar, la nuestra identidad que nosotros tenemos que recuperar. ¿Vos sabés

---

6 Vocera del *Lof*.

qué lindo sería si todos recuperaríamos la parte del *mapuzungun*, sabés lo lindo que sería?... Pero qué lindo sería que todos estuviéramos en la nuestra cultura y estar acompañándonos, ¿vos sabés que lindo sería que nos contáramos todo? (A., *lonko*, comunicación personal, mayo de 2022).

El *lonko* llamaba la atención sobre la importancia de que, pasado el dolor sufrido durante la pandemia, comenzara a recuperarse la cultura, la identidad y la lengua. Una vez finalizada esta intervención, tomó la palabra la *werken* del *Lof*. Fue allí donde narró la experiencia en que tuvo que “salir del campo a trabajar”:

Hay que volver a lo de antes, a lo que sabían los abuelos, los padres... mi mamá sabía hablar en la lengua, todo, yo no, no aprendí porque desde muy chica salí del campo a trabajar y no... si se iba del campo ya... Igual que ella [la madre], cuando era chica se fue sola, dice que estuvo trabajando en una estancia, le prohibieron hablar en la lengua, dice que le iban y le cortaban los pelos, muy triste. Pero vamos a empezar con esto de vuelta... (*werken* del *Lof*, comunicación personal, mayo de 2022).

Hasta el momento habían tomado la palabra otros integrantes de la comunidad varones, contando su experiencia, remarcando –como hizo el *lonko* de otra comunidad– lo que “hay que hacer”, en función de todo su conocimiento producido en el recorrido realizado a nivel personal y comunitario. A diferencia de estas otras exposiciones, la *werken* utiliza su tiempo para la palabra para contar que ella no sabe la lengua, y que no la aprendió porque tuvo que salir del campo para trabajar, al igual que su madre. Las situaciones de violencia que su madre afrontó fueron las que la guiaron para resguardar a su hija de experiencias similares, no enseñándole la lengua, que tampoco le fue transmitida antes de salir del campo.

A diferencia de estos otros recorridos en los que los varones, como el *lonko*, contaron su adquisición de conocimiento a través de su experiencia; la *werken* redefine de ese relato y lo rearticula a su manera, elige contar una experiencia dolorosa que identifica a la trayectoria de las mujeres mapuche para inscribir lo que ella es, lo que no sabe y lo que hay que reestablecer para saber, “lo de antes”. El “salir del campo a trabajar” fue un hito que marcó un antes y un después tanto en su historia como en la de su madre. Ese antes, entonces, remite al contexto de aprendizaje que su madre al menos pudo tener. Mientras que en el primer caso analizado, C. narra su experiencia en la casa de los turcos, sufriendo violencias por ser y tener conocimientos mapuche

como la lengua (“el precio que hay que pagar”); en el caso de la *werken*, no aprender la lengua fue “el precio que tuvo que pagar” por irse del campo a trabajar. La palabra de la *werken* abre paso a otro relato, el de su marido, también integrante de la comunidad:

Yo le voy a contar algo de hace años que me contó mi mamá... porque mi abuela, mi tatará abuela vendría a ser, ella nació en Santa Rosa, La Pampa. Ella era *puelche*, *puelmapuche* [mapuche del territorio del este] decía mi tatará abuela. Entonces mi abuela había dicho que no le gustaba que mi mamá aprendiera idioma indígena... entonces dice que ellos dispararon de la guerra, decía que mi abuela dispararon a la guerra... y los trajeron, ahí mataron muchísimos indígenas... en Santa Rosa, La Pampa, de ahí dispararon, vinieron a vivir acá, eso le contaba mi abuela a mi mamá... Y ella a nosotros no nos enseñaba a hablar en araucano, en *puelche*, porque nosotros nos reíamos con mis hermanos, no podíamos pronunciar, entonces mi mamá se enojaba y decía: “Ustedes son arresados para hablar, como yo”, ella se crió en los *camarucos* [ceremonias], todos los años iba, pero llovía a rolete sabía contar mi mamá, la última vez que fuimos, mi señora y yo anduvimos a caballo, dando vueltas, hasta el día de hoy no se hizo más. Esa es la historia que sabía contar mi abuela y es lo que nosotros pasamos (J., integrante del *Lof*, comunicación personal, mayo de 2022).

Esta historia anuda la trayectoria mapuche (“lo que nosotros pasamos”) a distintas experiencias dolorosas que abarcan múltiples temporalidades –la guerra/campañas militares de finales del siglo XIX, la elección de su abuela de no enseñarle la lengua a sus hijos, y el esfuerzo de su madre porque sus hijos aprendan la lengua– pero, al hacerlo, también da cuenta de los recorridos actuales por recuperar prácticas ceremoniales. En su relato, suma a la intervención de la *werken* la trayectoria y las decisiones de otras mujeres frente al dolor, que también evitan transmitir marcaciones indígenas, como la lengua, que podían llevar a maltrato, el cual se equipara discursivamente al “salir disparados” y la muerte en las campañas militares. Son las mujeres las que se encargan de rememorar las situaciones dolorosas, y así transmiten los marcos de interpretación desde los cuales es posible entender el motivo de sus silencios y resguardos –la violencia vivida por la madre de la *werken* y la violencia que viene transmitiéndose desde los relatos de la tatará abuela de J.–, y a ellas les sirven para comprender por qué la transmisión de la lengua en algún momento se interrumpió.

A diferencia del primer caso, en que las experiencias del dolor son reensambladas en la biografía de C. como una clave para contar cómo ella continúa siendo lo que es; en este caso, el dolor brinda los marcos

para entender el porqué de ciertas interrupciones en la transmisión de conocimientos y lo que una mujer mapuche podría ser si esos conocimientos se recuperaran.

Finalmente, la intervención de la *werken* sirve para hilvanar su experiencia en un discurso de los padecimientos mapuche en sentido amplio, que retoma incluso el dolor vivido por la pandemia de COVID-19. A partir de ella, conecta los dolores dando pistas de las formas en que pueden ser superados. A diferencia de las otras intervenciones, en su participación establece conexiones entre experiencias de manera renovada, si antes la forma de confrontar al dolor fue resguardar a los hijos e hijas de los conocimientos como la lengua; ahora para hacerlo “hay que volver a lo de antes” y recuperar esos conocimientos.

### **REFLEXIONES A MODO DE CIERRE: DEJAR QUE EL DOLOR SUCEDA**

Este trabajo tuvo como objetivo indagar en las narrativas a partir de las cuales las mujeres mapuche rememoran la experiencia dolorosa de haber tenido que salir de sus casas familiares y del campo para trabajar en la niñez. De esta manera, reconstruyen a estos eventos en función de sus propias subjetividades, y viceversa. Como ya he mencionado, las historias trabajadas en este capítulo no son únicas, suelen ser escuchadas en entrevistas, conversaciones o encuentros, públicos y privados. Estas fueron contadas a lo largo de los años de realización de trabajo etnográfico.

El hecho de trabajar con estas experiencias de dolor supuso ciertos desafíos. En primer lugar, uno vinculado con los efectos que puede producir escribir sobre estas experiencias, principalmente en lo referido al riesgo de encasillar a las mujeres mapuche en un lugar pasivo como personas sufrientes o víctimas de situaciones de violencia. En segundo lugar, en cuanto a las repercusiones que el registro de estas experiencias del dolor tuvo en mí como persona e investigadora. Estos relatos me involucraban afectivamente, despertaban en mí una reflexión continua que redundaba en las diferencias en nuestras trayectorias en tanto mujeres, me preguntaba cómo habiendo traspasado tantas violencias y dolores continuaban con sus vidas a pesar de todo. La posibilidad de comenzar a trabajar con estas experiencias me permitió elaborar reflexivamente el lugar de la antropología en la problematización del dolor, en los impactos subjetivos que tienen esas experiencias cuando estamos desarrollando investigaciones y en los diálogos que pueden ser abiertos en el trabajo de campo y en la escritura etnográfica.

Respecto al primer desafío, con el tiempo, pude entender que estos relatos eran transmitidos por las mujeres con un fin, contarlo. Además de tener sentidos diversos que se articulan en procesos de

larga duración (de la Conquista del Desierto en adelante) y en contextos colectivos, las experiencias del dolor y sufrimiento retomadas en este capítulo establecían sus propias articulaciones dando cuenta de la forma en la que el dolor –aun desde la aspereza de sus contenidos y de las circunstancias– portaba mensajes que necesitaban ser transmitidos y que la forma de narrar involucraba una metareflexión que también debía ser comprendida. Estas producciones discursivas restauraban los *índex* de lo experimentado entre las mujeres del mismo pueblo y constituían tanto marcos de interpretación, como conocimientos desde los cuales repensar la vida. Los sentidos que articulan y disputan estas narrativas tienen un fin en sí mismos, ya que intentan revertir, políticamente los efectos de las opresiones que las produjeron; y, epistemológicamente, los constructos de conocimiento desde los que hegemónicamente se circunscriben los lugares sociales y simbólicos de las mujeres indígenas (Lugones, 2021).

Esto me lleva al segundo desafío, las reflexiones antropológicas del dolor ven en el enfoque etnográfico la posibilidad de crear marcos de interpretación de estas experiencias que durante mucho tiempo no fueron analizadas, ya sea porque quedaron subsumidas en explicaciones estructurales o porque fueron descartadas por su carga emotiva. La antropología, al poner el énfasis en los sujetos y sus formas de reflexión, permite hacer visibles cuestiones ocultas o poco audibles, incluso cuando su traducción puede resultar inconmensurable en términos de lo que significa para estas personas. En coyunturas urgentes donde se renuevan formas de violencia y de discriminación, que cuestionan la perspectiva de derechos y los procesos organizativos comunitarios y territoriales de los pueblos indígenas, se vuelve más necesario mostrar estos derroteros dolorosos vividos producidos por las violencias.

Aun en la lucha y en la organización, las mujeres mapuche siguen sufriendo violencias y dolores que necesitan ser rearticulados. En el esfuerzo que hacen por recordar sus experiencias –ya que al actualizarlas hacen reemerger el dolor vivido– hay un mensaje que es transmitido y que busca hacerse cuerpo en un cuerpo otro, proceso que puede facilitar el campo de la antropología. En palabras de Das (2008b), el camino de la antropología debería ser que “el dolor del otro suceda en mí”, para lograrlo es necesario “prestar mi cuerpo (de escritos) a este dolor” (p. 335). Sumergirse en los efectos de haber sido destinatarias de un mensaje, activa nuestro compromiso con lo transmitido, para no soslayar los efectos que las violencias pasadas y actuales tienen en la vida de estos colectivos y, en particular, de estas mujeres. Este escrito ha sido un intento de dejar que el dolor suceda.

## BIBLIOGRAFÍA

- Briones, Claudia (1998). *La alteridad del “Cuarto Mundo”. Una deconstrucción antropológica de la diferencia*. Buenos Aires, Ediciones del Sol.
- Brow, James (1990). Notes on Community, Hegemony, and Uses of the Past. *Anthropological Quarterly*, (63), 1-6.
- Das, Veena (1995). *Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India*. Nueva Delhi, Oxford University Press.
- Das, Veena (2008a). La antropología del dolor. En Francisco Ortega (Ed.) y Veena Das, *Veena Das: Sujetos del dolor, agentes de dignidad* (pp. 409-436). Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, Instituto CES, Pontificia Universidad Javeriana. Instituto Pensar.
- Das, Veena (2008b). Wittgenstein y la antropología. En Francisco Ortega (Ed.) y Veena Das, *Veena Das: Sujetos del dolor, agentes de dignidad* (pp. 295-341). Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, Instituto CES, Pontificia Universidad Javeriana. Instituto Pensar.
- Delrio, Walter (2005). *Memorias de expropiación. Sometimiento e incorporación indígena en la Patagonia, 1872- 1943*. Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.
- Epele, María (2020). Introducción. En María Epele (Comp.), *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento: perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi* (pp.11-19). Buenos Aires, IIGG-CLACSO.
- Jimeno, Miriam (2008). Lenguaje, subjetividad y experiencias de violencia. En Francisco Ortega (Ed.) y Veena Das, *Veena Das: Sujetos del dolor, agentes de dignidad* (pp. 261-291). Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, Instituto CES, Pontificia Universidad Javeriana. Instituto Pensar.
- Kleinman, Arthur; Das, Veena y Lock, Margaret (1997). Introduction. En Arthur Kleinman, Veena Das y Margaret Lock (Eds.), *Social suffering* (pp. ix-xxiv). Berkeley, University of California Press.
- Lugones, María (2021). *Peregrinajes: Teorizar una coalición contra múltiples opresiones*. Buenos Aires, Del Signo.
- Nahuelpan Moreno, Héctor (2013). Las “zonas grises” de las historias mapuche. Colonialismo internalizado, marginalidad y políticas de la memoria. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, 17 (1), 11-33.
- Ortega, Francisco (2008). Rehabitar la cotidianidad. En Francisco Ortega (Ed.) y Veena Das, *Veena Das: Sujetos del dolor, agentes de dignidad* (pp. 15-69). Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

- Facultad de Ciencias Humanas, Instituto CES, Pontificia Universidad Javeriana. Instituto Pensar.
- Pérez, Pilar (2016). *Archivos del silencio. Estado, indígenas y violencia en Patagonia central. 1878-1941*. Buenos Aires, Prometeo.
- Ramos, Ana (2010). *Los pliegues del linaje. Memorias y políticas mapuches-tehuelches en contextos de desplazamiento*. Buenos Aires, Eudeba.
- Ramos, Ana (2016). Un mundo en restauración: Relaciones entre ontología y política entre los mapuche. *Ava*, (29), 131-154.
- Rose, Nikolas (2003). Identidad, genealogía, historia. En Stuart Hall y Paul Du Gay (Comps.), *Cuestiones de identidad cultural* (pp. 214-250). Buenos Aires, Amorrortu.



Alexandre Branco-Pereira, Ana Elisa Bersani

## **LA MEDIACIÓN CULTURAL Y LA ANTROPOLOGÍA EN LA CLÍNICA DE SALUD MENTAL: APORTES A UN DEBATE EMERGENTE EN BRASIL<sup>1</sup>**

### **INTRODUCCIÓN<sup>2</sup>**

Este capítulo pretende discutir algunos parámetros orientadores de la actuación de los mediadores culturales en Brasil, en el contexto de la construcción de políticas de equidad para migrantes internacionales en el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño. El tema ha recibido creciente atención en la última década, a raíz del aumento del número de migrantes internacionales racializados<sup>3</sup> en el país, a partir de 2010 (Cavalcanti

---

1 Este trabajo presenta datos obtenidos de distintas investigaciones realizadas en diferentes momentos. Los estudios contaron con financiamiento de la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior (CAPES, Brasil), el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq, Brasil) y la Fundación Wenner-Gren (EE.UU.).

2 Agradecemos las lecturas atentas y los comentarios pertinentes e estimulantes de Soraya Fleischer, Thaís Valim, Mariana Petrucelli, Vanessa Pontes, Gustavo Gomes y Débora Allebrandt sobre la primera versión de este texto.

3 Los migrantes internacionales no solo se mueven entre fronteras, sino también entre distintos sistemas de clasificación étnico-raciales. En Brasil, el país que más africanos esclavizados recibió en el mundo (Bernardino-Costa et al., 2018/2024), el sistema oficial de clasificación racial cuenta con cinco categorías para identificar el color de piel de las personas, y es autodeclarativo. Las categorías raciales en Brasil son: Negro, Pardo, Amarillo, Indígena y Blanco. Sin embargo, este esquema categorial rara vez es compartido por los inmigrantes, quienes –en mayor o menor medida– deben *traducir* su identidad al verse obligados a autodeclararse racialmente. Muchos

et al., 2021), y del subsiguiente incremento en el número de servicios de salud mental especializados en la atención de estas poblaciones en Brasil (Galina et al., 2017; Haydu, 2017; Knobloch, 2015; Carvalho et al., 2018; Carvalho et al., 2023; Bersani 2022; Branco-Pereira, 2020a, 2022a, 2022b). Durante y después de la pandemia, los migrantes internacionales sistematizaron las principales demandas y sugerencias para subsidiar la elaboración de políticas de equidad en el SUS. Entre las propuestas, se destaca la inclusión de la demanda por mediadores culturales en servicios públicos, especialmente en los de salud y salud mental (REDE, 2021; FENAMI, 2023; Branco-Pereira, 2024).

Este movimiento produjo efectos, como la publicación de una Nota Técnica por parte de la Secretaría de Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud, recomendando que los servicios de atención primaria hicieran “contacto con las redes locales para la oferta de mediación cultural”, y que los gestores estimularan el uso de “aplicativos multilingües y de traducción” por parte de los profesionales de salud (Ministerio de Salud, 2024, p. 7). En este último punto, el Ministerio reconoce la limitación de las herramientas de traducción, recomendando que, idealmente, los gestores desarrollen “estrategias locales para ofrecer servicios de mediación cultural en los dispositivos de salud” (Ministerio de Salud, 2024, p. 7). En la misma línea, una convocatoria del Consejo Nacional de Refugiados de agosto de 2024 (CONARE, 2024) condicionó el acreditamiento de organizaciones de la sociedad civil para la recepción de refugiados afganos a la contratación de mediadores culturales. Finalmente, el Ministerio de Trabajo y Empleo inició, también en 2024, el trabajo de inclusión del oficio de mediador cultural en la Clasificación Brasileña de Ocupaciones, realizando discusiones con diversos sectores de la sociedad civil para la definición de las atribuciones y los requisitos de formación de los mediadores culturales en Brasil.

---

entran en contacto con este sistema a través de la experiencia del racismo (Branco-Pereira, 2018, 2020b). Como muestra del desafío que representa la autodeclaración racial para estos inmigrantes, durante la 2ª Conferencia Municipal de Políticas para Inmigrantes de São Paulo se utilizó el sistema oficial para recolectar datos raciales de los participantes. El resultado fue que de los 335 inscriptos, 102 (30,4%) no eligieron ninguna de las categorías oficiales. Entre las respuestas, aparecieron términos como “bantú”, “juruba”, “pemón” y “trigueño” (Municipalidad de São Paulo, 2018). Por eso, la heteroidentificación de los inmigrantes según las categorías raciales brasileñas es un tema delicado, y en nuestro trabajo optamos por dejar siempre esa definición en manos de nuestros interlocutores (Branco-Pereira, 2020b), mencionando sus nacionalidades cuando es necesario. Nos referimos a ellos como “inmigrantes racializados” para destacar la jerarquía de alteridades (Machado, 2004, 2008) que opera en Brasil, y así diferenciarlos de otros grupos de inmigrantes demográficamente relevantes en el país –como portugueses o estadounidenses– que no son objeto de intervenciones “interculturales” y/o civilizatorias.

Aunque estas iniciativas representan un avance al reconocer la importancia de los aspectos culturales en la comprensión de los fenómenos de salud y enfermedad, así como la insuficiencia del instrumental teórico y práctico de los profesionales de la salud ante la complejidad de las experiencias de sus pacientes inmigrantes, demanda cautela la manera en que la idea de mediación cultural ha sido instrumentalizada en los contextos de atención en salud.

Es importante notar que la noción de “mediación cultural” se fundamenta en una categoría previa que le otorga sentido: la cultura. Investigaciones antropológicas recientes han señalado los riesgos de una instrumentalización descuidada del concepto de “cultura” (Hamid, 2019; Branco-Pereira, 2020a, 2020b, 2022a) y la equivalencia frecuente de la idea de mediación cultural a la de traducción lingüística, o de la cultura a la lengua en contextos de salud (Bersani, 2019, 2022; Branco-Pereira, 2020b). Así, en este capítulo buscamos reflexionar sobre cómo la noción de “cultura” ha sido instrumentalizada en torno a la actuación práctica de mediadores culturales, y las tensiones emergentes entre lo que se espera que sea la actuación de estos mediadores y cómo realmente ocurre, buscando señalar cómo la teoría antropológica es relevante para la producción de intervenciones verdaderamente interculturales.

Analizamos el tema a partir de datos etnográficos de investigaciones realizadas entre 2016 y 2024 en la ciudad de São Paulo<sup>4</sup>, que cuenta con el mayor número de inmigrantes en Brasil (Observatorio de las Migraciones en São Paulo, 2024). En un primer momento, acompañamos consultas psiquiátricas realizadas en el Programa de Psiquiatría Social y Cultural del Instituto de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (Prosol-IPq-HCFMUSP), destinado al servicio de inmigrantes, personas sordas, indígenas y población LGBTQIA+. Más tarde, durante la pandemia de COVID-19, acompañamos a inmigrantes navegando el SUS y sus demandas por políticas públicas de salud que consideren sus especificidades, prestando especial atención a los procesos de elaboración de políticas públicas de salud para inmigrantes. A partir de esto, también buscamos reflexionar sobre cómo la antropología, al

---

4 Este capítulo se basa en tres etnografías distintas: la primera, realizada entre 2017 y 2019 en servicios de salud mental para inmigrantes y refugiados en la ciudad de São Paulo (Branco-Pereira, 2018, 2020a, 2020b, 2022a, 2022b); la segunda, llevada a cabo entre 2016 y 2019 con haitianos en la misma ciudad (Bersani, 2020, 2022); y una tercera, de carácter multisituado, desarrollada entre 2020 y 2024 con migrantes de todas las regiones de Brasil movilizados por políticas de equidad en el SUS durante el COVID-19 (Branco-Pereira, 2023, 2024; Branco-Pereira y Teixeira, 2024).

complejizar y cualificar la noción de cultura, puede contribuir a la construcción de políticas públicas y estrategias de salud.

El capítulo está dividido en cuatro secciones. En la primera, presentamos un panorama sobre la teoría que orienta y sostiene la oferta de servicios de salud mental inter o transculturales. Discutimos algunas corrientes teóricas influyentes en la construcción de los abordajes terapéuticos, destacando las consecuencias teóricas y prácticas de sus propuestas de instrumentalización de la noción de cultura en la actuación de profesionales designados a mediar el contacto entre dos culturas diferentes. En la sección siguiente, exponemos escenas etnográficas en las que se evidencia la búsqueda por la cultura en contextos de salud, a partir de nuestra actuación junto al ProSol-IPq-USP. En la tercera, problematizamos, a la luz de la teoría antropológica, el uso de la noción excesivamente simplificada de cultura en consultas médicas y en la elaboración de políticas públicas para inmigrantes, señalando los límites de la mediación intercultural como equivalente a la traducción, confiando al mediador el papel de mero traductor lingüístico, pasible de ser sustituido por aplicativos de traducción. Por último, concluimos reflexionando sobre cómo la antropología puede profundizar la discusión sobre la atención “culturalmente sensible” en el SUS y enriquecer la elaboración de políticas públicas de equidad para poblaciones inmigrantes y otras.

### **SALUD MENTAL, CULTURA Y DIFERENCIA**

Las principales corrientes de la psiquiatría social y cultural, transcultural, intercultural o etnopsiquiatría –todas nomenclaturas que definen un marco metodológico y teórico propio– se dividen entre aquellas producidas en el mundo anglófono, cuyos principales exponentes son Arthur Kleinman y Laurence Kirmayer; y aquellas producidas en el mundo francófono, cuyos principales exponentes son George Devereux y Tobie Nathan. La etnopsiquiatría francesa tiene una profunda influencia del psicoanálisis y del estructuralismo francés –marcadamente de Claude Lévi-Strauss–; mientras que la psiquiatría social y cultural o psiquiatría transcultural anglófona mantiene un diálogo más cercano con la psiquiatría fisicalista o biologicista estadounidense (Branco-Pereira, 2020b, 2022a).

La etnopsiquiatría francesa tiene sus raíces en el estructuralismo de Lévi-Strauss y en el psicoanálisis, que –cabe recordar– era una disciplina casi superpuesta a la psiquiatría hasta la década de 1980 (Russo y Venâncio, 2006). George Devereux, psicoanalista, etnólogo y su primer formulador, afirmaba que las categorías generales de la cultura eran fenómenos universales, y que la unidad psíquica de la humanidad se traducían en el mantenimiento del “sustrato fantasmagórico:

el Inconsciente”, inmutable frente a las innumerables diferencias percibidas en las exterioridades<sup>5</sup> (Devereux, 1983/2011).

Al mencionar el inconsciente, Devereux se apoya en la proposición de Lévi-Strauss para la definición de la noción de función simbólica, es decir, “órgano de función específica”, que “se limita a imponer leyes estructurales, que agotan la realidad, a elementos dispersos que le vienen de fuera” (Lévi-Strauss, 1949/2012b, pp. 289-90 [traducción propia]). “El vocabulario”, prosigue el autor, “importa menos que la estructura” en este caso, simbólica. Lévi-Strauss transforma el inconsciente, lugar freudiano de la memoria reprimida, en la función simbólica, capacidad eminentemente humana –y propia de las colectividades humanas– de producir, movilizar y articular creativamente significados para entender la experiencia de la realidad, la osamenta de la inteligencia (Durkheim, 1970), capaz de tornar inteligible la experiencia vivida mediante la producción y organización de los significados. El psicoanálisis lacaniano, que sostiene que el inconsciente se estructura como un lenguaje, se inspira abiertamente en el estructuralismo de influencia lingüística de Lévi-Strauss y en su noción de inconsciente (Lévi-Strauss, 1949/2012b; Simanke, 2002; Godoy y Bairrão, 2015).

Del trabajo de Devereux deriva la producción de Tobie Nathan, quien mantiene un importante diálogo con teóricos influenciados por el posestructuralismo, como Bruno Latour e Isabelle Stengers (Latour, 2010/2021; Nathan y Stengers, 2018). Nathan, principal discípulo de Devereux, fue elegido por él como su sucesor (Nathan, s.f.). La etnopsiquiatría de su mentor era, para Nathan, “teórica, descriptiva y explicativa” pero proponía cambios cruciales al psicoanálisis. Entre ellos, sostenía que el psicoanalista crea los fenómenos que observa, resonando, una vez más, la proposición de Lévi-Strauss sobre los paralelismos entre la actuación del chamán y del psicoanalista (Lévi-Strauss, 1949/2012b, 1949/2012c) como manipuladores de símbolos capaces de realizar curaciones simbólicas, es decir, inducción de modificaciones orgánicas mediante la operación de los significados involucrados en el proceso con el fin de producir la cesación de los síntomas. Lo que Nathan localiza como original en la propuesta psicoanalítica de Devereux estaba postulado casi 20 años antes por

---

5 “(...) el mundo del simbolismo es infinitamente diverso en su contenido, pero siempre está limitado por sus leyes. Existen muchas lenguas, pero pocas leyes fonológicas valen para todas las lenguas. Una recopilación de los cuentos y mitos conocidos ocuparía un número impresionante de volúmenes. Sin embargo, pueden reducirse a un pequeño número de tipos simples que operan con algunas funciones elementales, detrás de la diversidad de personajes” (Lévi-Strauss, 1949/2012b, p. 290, [traducción propia]).

Lévi-Strauss, lo que evidencia la influencia de la propuesta estructuralista sobre el psicoanálisis francés en general y sobre la construcción de la etnopsiquiatría en particular.

Basado en ese postulado, Nathan –fundador y coordinador del Centro George Devereux de Etnopsiquiatría– afirma que dicho centro era un espacio experimental para la “mediación entre sistemas científicos de pensamiento y aquellos traídos por las poblaciones inmigrantes”<sup>6</sup> (Nathan, s.f.), cuyo objetivo era crear una práctica clínica que diera cuerpo empírico a las teorías etnopsiquiátricas. Fundado en 1993, fue el primero de su tipo en Francia e introdujo cambios importantes en el método y en el *setting* psicoanalítico. Una de las innovaciones destacadas es la introducción de traductores en el *setting*, lo que –según Nathan– fue suficiente para transformar las construcciones teóricas del equipo mediante la co-fabricación de significados junto con los pacientes y otros co-especialistas presentes. Dice el autor:

Discutir públicamente la traducción de las declaraciones del paciente y su familia *ipso facto* convierte al paciente en un experto [énfasis añadido], un socio necesario, un aliado en una empresa de exploración, conocimiento y especialmente de acción sobre la negatividad. De hecho, la traducción del mediador, inmediatamente sometida al paciente, se vuelve debatible, invita a la contradicción. Él o ella puede discutir las sutilezas, la intención; comentar sobre la parcialidad del traductor. *Porque si las palabras del paciente se convierten en preguntas sobre su mundo, y como tales sobre el mundo, estas preguntas, comprensiblemente, son de interés no solo para el terapeuta* [énfasis añadido]. Tan pronto como aparecen, los pacientes se unen al debate, contribuyendo a la traducción, a la discusión de etimologías, la exploración de los miles de mecanismos en juego en la producción de declaraciones posibles, las opciones permitidas por el lenguaje y aquellas que prohíbe (Nathan, s.f., [traducción propia]).

Línea que podemos comparar con la siguiente frase de Lévi-Strauss (1949/2012c) en “El hechicero y su magia”:

---

6 Es importante destacar la distinción entre los “sistemas científicos de pensamiento” y los sistemas de pensamiento de las “poblaciones inmigrantes”, lo que indica que la simetrización propuesta por Nathan todavía tropieza con la asimilación del postulado estructuralista de que el pensamiento científico y el “pensamiento salvaje” son más contiguos que opuestos (Lévi-Strauss, 1950/2012a). La otra cuestión que salta a la vista es la sustitución semántica implícita de “salvaje” por “inmigrante”.

Las experiencias del enfermo representan un aspecto menos importante del sistema, a menos que sea por el hecho de que un enfermo tratado con éxito por un chamán queda especialmente bien situado para convertirse él mismo en chamán, como se ve, aún hoy, en el psicoanálisis (p. 256, [traducción propia]).

Así, la noción de cultura y el esfuerzo de traducción que predica la etnopsiquiatría francesa son tributarios del estructuralismo lévi-straussiano y se fundamentan en la propuesta de simetrización epistemológica entre el “pensamiento salvaje” y el “pensamiento civilizado”. También es posible afirmar que el papel activo de los terapeutas y co-terapeutas en la fabricación del significado convierte este proceso no en un ejercicio de desvelación de alteridades y traducción de significados, sino en un acto de manipulación simbólica y construcción conjunta del significado de la diferencia cultural, de manera que esta se vuelva inteligible y simbólicamente eficaz. Este argumento –que ganará tracción y desarrollos en la antropología, especialmente de la mano de Roy Wagner (1975/2012), Bruno Latour (2010/2021) y Eduardo Viveiros de Castro (2002)– vacía, en el psicoanálisis (y en teoría), la autoridad del terapeuta sobre la ontología simbólica en el proceso terapéutico.

Por otro lado, las corrientes anglófonas –especialmente aquellas desarrolladas en EE.UU. y Canadá– operan de manera más cercana a la psiquiatría fiscalista y biologicista, hegemónica en América del Norte. Esta tendencia resulta de un esfuerzo de psiquiatras estadounidenses por alejar la psiquiatría de las “pseudociencias” de lo simbólico, como el psicoanálisis, para integrarla en el conjunto de técnicas denominado “medicina basada en evidencia” (Russo y Venâncio, 2006). Arthur Kleinman, antropólogo y psiquiatra, contribuyó, entre otras cosas, con la construcción de instrumentos de “formulación cultural” del diagnóstico psiquiátrico, presentes en los manuales diagnósticos psiquiátricos desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV (DSM-IV, por sus siglas en inglés). Para Kleinman (1988), la cultura es un conjunto de formas estandarizadas de pensar y actuar sobre el mundo. La enfermedad, cuando se analiza de manera integral, puede dividirse en niveles de interpretación: *illness* es la interpretación empírica y subjetiva que hacen los pacientes de *sickness*, marco de conocimiento colectivo sobre la enfermedad que integra tanto los saberes especializados como los conocimientos legos y de los propios enfermos, y donde Kleinman espera que actúen los antropólogos médicos (Young, 1982).

La enfermedad, a su vez, es interpretada objetivamente por los especialistas –tradicionales o modernos– como *disease* (Kleinman et al., 1978/2006; Kleinman, 1988b), la cual se refiere a las “anormalidades

en la estructura y/o función de los sistemas orgánicos; *estados patológicos, sean o no culturalmente reconocidos* [énfasis añadido]; el ámbito del modelo biomédico” (Young, 1982, p. 264, [traducción propia]). Los primeros trabajos de Kleinman y sus colaboradores sobre el tema no se ocuparon de ofrecer una definición precisa de *sickness* (Kleinman et al., 1978/2006), lo que podría indicar que inicialmente la consideraban autoevidente o, quizás, como la dimensión ontológica de la enfermedad: interpretada con relativa objetividad por la biomedicina (*disease*) y de manera subjetiva por los sujetos afectados (*illness*). La definición de *sickness* como la “red de significados” compartidos en torno a la enfermedad aparece 10 años después de sus primeros textos sobre el tema (Kleinman, 1988b). *Sickness* y *disease* son más continuas que *sickness* y *illness*, especialmente, bajo el modelo biomédico.

Así, el psiquiatra transcultural –sabemos que no solo– es un hermeneuta y un traductor, cuyos objetivos son elicitar los modelos explicativos sobre la enfermedad que circulan entre el paciente y su entorno, traducirlos al *idioma* biomédico; diagnosticar mediante la clasificación de la interpretación del psiquiatra sobre la experiencia vivida por el paciente, en el contexto de sus relaciones interpersonales dentro de la nosología psiquiátrica, y realizar la traducción inversa para garantizar la comprensión y adhesión del paciente (Kleinman et al., 1978/2006). Aquí, la práctica transcultural se convierte en una mera traducción entre diferentes idiomas de la enfermedad y del sufrimiento, los cuales poseen distintos niveles de objetividad y producen discursos sobre un mundo común. Si el significante –el mundo externo– es invariable, la traducción se reduce a una cuestión de acomodación del significado cuando ocurre un contacto entre diferentes sistemas de significados. Además, el ejercicio de traducción no influye ni modifica el significado de *sickness*, un estado patológico autoevidente en términos biológicos, inmune a contextualizaciones culturales y objetivamente descrito por la nosografía médica.

En este sentido, Kleinman hace eco de la antropología hermenéutica estadounidense, fuertemente influenciada por el culturalismo de Franz Boas y el multiculturalismo neoliberal<sup>7</sup>. Clifford Geertz<sup>8</sup> había

7 Es importante destacar que el enfoque por parte de corrientes del culturalismo estadounidense que inspiran a Kleinman en la noción de culturas como construcciones cuasi literarias, también posibilita su consumo de manera práctica. El multiculturalismo neoliberal convierte la llamada “interculturalidad” en un acto mecánico de comparación de sistemas de significados objetivos, limitados por fronteras simbólicas relativamente bien definidas. No es raro ver que estos discursos sobre culturas e identidades culturales se conviertan en *commodities* valiosos para inmigrantes en diversos contextos (Machado, 2009; Enriquez, 2024).

8 Es necesario señalar, sin embargo, que la crítica a la noción de “cultura” formu-

afirmado, algunos años antes de las publicaciones más influyentes de Kleinman, el carácter narrativo de las culturas. Según Geertz, las culturas son, en el límite, incognoscibles, y a lo que podemos acceder –aun siendo “nativos” de ellas– es a una superposición de interpretaciones sobre un objeto que no puede ser objetivamente descrito. Es decir, cualquier descripción de las culturas es siempre una *traducción* de la experiencia vivida en forma de una narrativa interpretativa, que puede o no ser etnográfica. Siendo una traducción/interpretación, los relatos sobre las culturas, incluso aquellos realizados por los nativos, son siempre *textos* co-fabricados por el antropólogo<sup>9</sup>. Sus relatos son parpadeos de parpadeos de parpadeos, y el antropólogo actúa más como crítico literario y menos como observador imparcial de un ente objetivo –la Cultura– cuando está en campo, y sobre todo cuando está escribiendo. Cultura también es, para Geertz, una red de significados, no de significación, que orienta el pensamiento y la acción humanas. Ejemplos emblemáticos, como el de Cohen, los berebere y los franceses (Geertz, 1973/1978, pp. 17-19), nos dan un vislumbre de que los problemas interculturales son vistos por él como desencuentros interpretativos entre hablantes de idiomas diversos que habitan un escenario común y están determinados por contextos más o menos comunes.

Laurence Kirmayer, por su parte, sostiene que la cultura también es una construcción narrativa, aunque él la concibe como un fenómeno biológico (2006, p. 130). Su práctica, similar a la de Nathan, se fundamenta en la coparticipación del terapeuta en la creación de los significados intercambiados en los procesos diagnósticos –argumentación análoga a la encontrada en las críticas posestructuralistas y posmodernas a la antropología sobre las narrativas etnográficas (Tedlock, 1991; Clifford, 1983; Wagner, 1975/2012; Viveiros de Castro, 2002)– y, en cierta medida, en el reconocimiento de la práctica médica y de la nosología psiquiátrica como culturalmente determinadas (Kirmayer y Minas, 2000; Kirmayer et al., 2003; Kirmayer, 2012). El autor (Kirmayer et al., 2003, p. 149) reconoce que, más que problemas comunicacionales, el problema de la cultura y las dificultades de relación clínica en la práctica intercultural a menudo están ligadas a profesionales de la salud con poca tolerancia al pluralismo médico.

---

lada por Geertz no la subsumía explícitamente a lo biológico, sino que cumplía el papel de crítica al positivismo antropológico, una crítica extensible a otros tipos de positivimos.

<sup>9</sup> Este argumento, llevado a sus últimas consecuencias, también fundamenta la crítica epistemológica dirigida a las ciencias naturales positivistas a partir de las etnografías de laboratorio y durante las llamadas *science wars*: los científicos son coproductores de los hechos que describen como objetivos.

Sin embargo, se establecen límites para la profundidad del intercambio epistemológico:

El esfuerzo por responder a la diversidad en la clínica obliga a los clínicos a confrontar sus propios sistemas de valores. Sin embargo, la crítica cultural de la psiquiatría, y la preocupación por escuchar las voces de los otros, no significa abandonar el empirismo científico o la *claridad de pensamiento* [énfasis añadido]. Los efectos del racismo, el imperialismo y la supresión sistemática de las culturas de los otros no serán contrarrestados efectivamente por una ingenuidad que ve en todo lo no occidental una forma mejor de medicina. (...) Toda la empresa de la psiquiatría cultural, y la respuesta considerada a la diversidad que pretende, está predicada en un entorno social que *tolera*<sup>10</sup> [énfasis añadido], de hecho fomenta, el pluralismo y la diversidad (Kirmayer y Minas, 2000, p. 444, [traducción propia]).

En otras palabras, Kirmayer también está alineado con un enfoque hermenéutico de la cultura: el psiquiatra y el paciente están en una disputa interpretativa que debe ser siempre minuciosamente contextualizada para operar de manera intercultural<sup>11</sup>. Reconocer la práctica psiquiátrica como un producto cultural, sin embargo, no significa abrazar la *naïvete* y abandonar la claridad de pensamiento que, se entiende por el extracto, es propia del pensamiento científico y occidental. De este modo, la asimetría –planteada en términos que remiten al “fardo del hombre blanco” de Kipling (1899)<sup>12</sup>– es la misma que

---

10 “Es un mensaje que, como una ‘palabra maestra’, se aplica instantáneamente tan pronto escuchamos, entendemos y aceptamos que ‘nosotros’ no somos como los otros, aquellos que definimos en términos de creencias que estamos orgullosos, pero posiblemente también doloridos, de ya no compartir. (...) Tolerante es aquel, o aquella, que mide cuán dolorosamente pagamos por la pérdida de las ilusiones, las certezas, que atribuimos a aquellos que creemos que ‘creen’. (...) Ellos habitan donde nosotros, los modernos, no podemos regresar más que como caricaturas, sectas y déspotas. Pero la nostalgia y la tolerancia hacia otros que tienen la suerte de ‘crear’ apenas ocultan nuestro inmenso orgullo. Somos ‘adultos’, somos capaces de enfrentar un mundo despojado de garantías y encantamientos” (Stengers, 2011, p. 310, [traducción propia]).

11 Esto ocurre especialmente porque, a pesar de la enorme fuerza puesta en la transformación de la psiquiatría en una “medicina basada en evidencias”, los diagnósticos psiquiátricos siguen siendo mayoritariamente clínicos e interpretativos (Carvalho et al., 2023).

12 “Asumid el fardo del hombre blanco / Enviad a los mejores que engendréis / Mandad a vuestros hijos al destierro / A atender a quienes sometéis; / A servir con pesado yugo / A razas hostiles y sin ley / Pueblos recién dominados, hoscas, / Mitad demonios, mitad niños son. (...) Asumid el fardo del hombre blanco / Y recibid su

en Kleinman: cuando hablamos de cultura, nos referimos a la capa simbólica accesoria a la realidad físico-químico-biológica del mundo. Los modelos explicativos de los psiquiatras necesitan correcciones de rumbo, pero son fruto de una descripción objetiva sobre la realidad igualmente objetiva; mientras que la interpretación cultural, aunque originada en el psiquiatra, es una teratología epistémica aplicada sobre el mundo objetivo en forma de una narrativa. Así, la cultura se vuelve susceptible de traducción, y es posible realizar traducciones entre categorías diagnósticas biomédicas y tradicionales ya que, aunque difieran en contenido, descansan sobre la misma estructura, en este caso, biológica.

Finalmente, es necesario señalar el creciente impacto de la crítica decolonial sobre este campo de conocimiento, el cual surge del agravamiento de las luchas decoloniales del siglo XX. En este contexto, la cultura se transforma frecuentemente en una construcción conceptual muy cercana a la idea de raza biológica, atribuyendo comportamientos estandarizados, estereotípicos y reduccionistas a grupos profundamente diversos (Abu-Lughod, 1991; Branco-Pereira, 2020b; Hamid, 2024). Asimismo, se destaca que todas las corrientes presentadas emergieron en un contexto de necesidad de manejo de la diferencia, derivada de la llegada de inmigrantes racializados a países que se perciben –o aspiran a percibirse– como de población blanca. Estos inmigrantes necesitan, entonces, ser considerados como ciudadanos de derecho por las exmetrópolis coloniales/imperiales y como sujetos por la psiquiatría, y no más como *commodities* sin voces cristalizadas en narrativas totalizantes. No es común, sin embargo, encontrar a los autores citados arriba debatiendo la conformación racial de la colonialidad (Fanon, 1952/2020; Asad, 1973/1995; Gonzalez, 1984; Faustino, 2019) y las implicaciones epistémicas de estos fenómenos en las relaciones entre psiquiatras, psicólogos e inmigrantes.

Ante esta exposición, queda claro que es necesario precisar el concepto de cultura para proponer intervenciones inter o transculturales adecuadas. Si la cultura es entendida como un idioma entre muchos otros –una variedad infinita de léxicos semánticos que reposan sobre un significante común, la realidad bio-físico-química–, la actuación intercultural se convierte en un ejercicio de traducción de significados, y tiende a reproducir asimetrías epistémicas coloniales (Branco-Pereira, 2020a, 2020b). Si la cultura es tomada como una estructura

---

pago habitual: / El reproche de aquellos que mejoráis, / El odio de quienes protegéis / El lamento de pueblos a los que guiáis / (¡Lentamente!) hacia la luz: / ‘¿Por qué nos arrancasteis de la esclavitud, / De nuestra noche egipcia y familiar?’”. Poema de Rudyard Kipling de 1899.

de significación capaz de inteligir el mundo en la misma medida en que lo crea (Wagner, 1975/2012; Haraway, 2019) –una vez que comprender también es crear–, entonces la actuación intercultural es un ejercicio de tomar en serio la fabricación y la articulación de significados, que debe ser reflexiva y subversiva, reformulando el significado de la caja conceptual de la medicina, la psicología y el psicoanálisis.

La fabricación conjunta de significados es la producción creativa a partir de elementos ya existentes en los marcos culturales de los sujetos involucrados, y que fabricará el nuevo mundo conceptual para el paciente, pero que también debe fabricar un nuevo mundo conceptual para los profesionales de salud. Solo así se hará justicia a la complejidad de la actuación inter y transcultural, evitando reducirla a la mera traducción de palabras en aplicativos multilingües, como sugiere el Ministerio de Salud brasileño, y prestando atención a las construcciones recurrentes de la diferencia en términos de cultura (raza o etnicidad) en las instituciones de salud.

### **¿DÓNDE ESTÁ LA CULTURA?**

El ProSol es un servicio psiquiátrico del SUS que ofrece atención médica a poblaciones inmigrantes, refugiadas, sordas, LGBTQIA+ e indígenas. Su objetivo es establecer, en la estructuración del plan terapéutico de los pacientes atendidos, un diálogo entre la dimensión psiquiátrica y las dinámicas sociales y culturales de los trastornos y perturbaciones mentales (Carvalho et al., 2018; Carvalho et al., 2023; Branco-Pereira, 2020, 2022a, 2022b). El ProSol está inserto en el Instituto de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (IPQ-HCFMUSP) y existe desde 1997. Fue fundado por los psiquiatras Francisco Lotufo Neto y Carmen Santana, quienes –con el apoyo de la Secretaría Estatal de Salud de São Paulo (SES-SP)– firmaron una asociación con Cáritas Arquidiocesana de São Paulo (CASP) para ofrecer atención psiquiátrica a refugiados y solicitantes de asilo atendidos por el Centro de Referencia para Refugiados de la CASP (CRR/CASP). Esta asociación también llevó al desarrollo del núcleo de salud mental del CRR/CASP (Santana y Lotufo-Neto, 2004, 2015).

Los autores de este capítulo actuamos en el ProSol entre 2016 y 2021. Cuando comenzamos a frecuentarlo, se llamaba “Ambulatorio Transcultural” y ofrecía atención para inmigrantes y sordos. La inclusión de las personas sordas fue una estrategia para sortear la ausencia crónica de inmigrantes atendidos por el servicio y justificar su existencia, argumentando que ambas poblaciones compartían una misma “vulnerabilidad lingüística y cultural”. Durante el período en que estuvimos vinculados con el servicio como voluntarios, entre los

atendidos bajo el mismo argumento, el programa incluyó poblaciones indígenas y LGBTQIA+. Nuestra incorporación fue solicitada por el equipo de psiquiatras del servicio para actuar como “gerente de casos”, una figura análoga a la de mediador cultural en las consultas y en el fortalecimiento del vínculo entre el servicio y el paciente desde una perspectiva crítica. Es decir, actuando también como muro de contención de las pulsiones colonialistas del equipo multidisciplinario que, tras nuestra incorporación, pasó a estar compuesto por un residente de segundo año de psiquiatría, su supervisor y un gerente de casos. Además, nos convertimos en responsables del módulo de antropología de la salud, que integraba las actividades didácticas para médicos del segundo año de residencia en psiquiatría del hospital<sup>13</sup>.

Nuestra actuación, sin embargo, en ocasiones se desvió de la expectativa del equipo del ambulatorio. Si parte del equipo nos veía como potenciales traductores de las culturas de inmigrantes, la mayor parte del tiempo nuestra actuación consistió en problematizar la percepción del carácter técnico, neutro y universal de las teorías médicas y psicológicas. En uno de los casos, participamos en la acogida de João<sup>14</sup>, un angoleño negro hablante de portugués, remitido al ambulatorio por uno de los servicios confesionales de asistencia a migrantes de la ciudad de São Paulo tras la solicitud del pastor; también angoleño, de la iglesia en la que vivía y actuaba como misionero. Solo profesionales no médicos y fenotípicamente blancos participaban en la acogida, y fuimos acompañados por un psicólogo.

La acogida se realizó completamente en portugués. En la consulta, nos presentamos y aclaramos que no éramos médicos, sino que estábamos allí para realizar una primera escucha con el fin de comprender mejor el caso. Alípio, acompañante de João, comenzó a relatar la historia: João se encontraba bien y no presentaba problemas ni en Angola ni tras su llegada a Brasil. Sin embargo, fue derivado debido a actos obscenos cometidos frente a otros fieles de su iglesia, lo que generó una reacción violentamente negativa contra él. El pastor mayor, quien le había dado acogida, intervino a su favor; pero consideró que, sin tratamiento psiquiátrico, no podría permanecer en la iglesia. Esta situación es común y problemática: algunos centros de acogida para inmigrantes vinculados con la Prefectura de São Paulo también condicionaban la permanencia de los acogidos a un tratamiento psiquiátrico. João no tenía certeza sobre su estado: a veces, pensaba que

---

13 Para discusiones más profundizadas sobre los aspectos de nuestra actuación y sobre el ProSol, cf. Branco-Pereira, 2020b, 2022a; Bersani, 2022; Carvalho et al., 2023.

14 Los nombres fueron sustituidos para dificultar la identificación de los interlocutores.

estaba mal; otras, relataba que no necesitaba estar allí, pues ya hacía sus oraciones. Repetía varias veces que no entendía muy bien el motivo de la conversación. Alípio enumeró otros “comportamientos extraños” de João, como quitarse los zapatos en medio de la iglesia, colocar un pan dentro de ellos, huir de la iglesia antes de compromisos agendados para él, manía persecutoria, entre otros.

Las declaraciones de Alípio y João estaban entremezcladas con miradas desconfiadas y gestos negativos con la cabeza por los dos, lo que indicaba conflictos y desacuerdos en la historia narrada. João llegó a mencionar a su familia en Angola algunas veces y comentó que su hermano gemelo se había ofrecido a pagar su pasaje de regreso, pero él no quería: “Llegar allá de esta manera va a ser malo”. Estaba por continuar la frase cuando Leandro, el psicólogo también presente en la consulta de acogida, lo interrumpió: “Por lo que estoy entendiendo, no quieres regresar a Angola mal, no quieres que las personas de Angola te vean *enfermo* [énfasis añadido]...” (Psicólogo, diario de campo, 16 de agosto de 2018, [traducción propia]).

La palabra “enfermo” no había aparecido hasta entonces, y João reaccionó inmediatamente a su mención, moviendo la cabeza y frunciendo el ceño. El psicólogo agregó: “Estamos aquí para hacer una escucha de tu problema, no vamos a juzgar. Nadie aquí está diciendo que estás *loco* [énfasis añadido], nadie va a juzgarte”. Cuando João mostró preocupación sobre el tipo de acompañamiento que haríamos, diciendo que no quería quedarse allí y que ya tenía lugar para vivir, el psicólogo nuevamente se anticipó, diciendo: “Quédate tranquilo, João, nadie aquí va a *cortarte*, nadie va a *amarrarte*, nadie va a *internarte* [énfasis añadido]... puedes quedarte tranquilo”. João estaba visiblemente incómodo. Cuando Alípio describió el episodio en que João se quitó los zapatos en medio de la iglesia y colocó un pan dentro de ellos, el psicólogo dijo:

Por lo que estoy entendiendo de lo que estás diciendo, estás expresando un malestar y una falla de adaptación con Brasil al quitarte los zapatos, demostrando que no estás de acuerdo, es una adaptación cultural... ¿Tienes problemas de adaptación en Brasil?

João pensó por un tiempo, y respondió secamente: “No” (Leandro y Alípio, diario de campo, 16 de agosto de 2018, [traducción propia]).

La acogida no fue como esperábamos, y salimos para discutir el caso y realizar la marcación de la consulta. Conversando con el psicólogo, señalamos nuestro malestar con lo que había ocurrido. El psicólogo, entonces, respondió que había utilizado una técnica reconocida y que todos sus abordajes estaban “descritos en las leyes y en

los manuales del Ministerio de Salud”, sin especificar cuáles técnicas o presentar las referencias para las descripciones de los abordajes. Él quedó bastante incómodo con nuestros señalamientos, incomodidad visible en sus respuestas más secas y en su expresión facial cerrada. El caso, que inicialmente sería gestionado por él, pasó a la carpeta de uno de nosotros por decisión del equipo de acogimiento y del coordinador del servicio, a fin de evitar la reedición de lo que había ocurrido. João retornó solo a una consulta y luego perdió el seguimiento: faltó a la tercera consulta y nunca más apareció en el ProSol.

Como señalamos, el idioma hablado durante la acogida fue el portugués, dominado por todos los participantes. Ante la ausencia de signos culturales incontestables, ya que el idioma hablado era el mismo, era necesario buscar lo que hacía que aquel caso fuera apto para la intervención transcultural: ¿qué problema estaba siendo causado o enmascarado por la cultura? Era eso lo que justificaba, al fin y al cabo, la existencia del ambulatorio y la presencia de psicólogos y antropólogos en aquel *setting* como especialistas de la interpretación simbólica. Los psicólogos eran responsables del conocimiento simbólico universalizable, aquí análogo a occidental, moderno y blanco; los antropólogos, en cambio, se encargaban del conocimiento sobre lo particular, lo local y lo tradicional, aquí análogo a los “idiomas” culturales no occidentales, premodernos y racializados.

El acto de “quitarse el zapato” se convierte, entonces, en un “idioma de sufrimiento”. El psicólogo, educado en los términos de Kleinman y Kirmayer sobre la importancia de la consideración de la cultura en su evaluación de los significados simbólicos de la narrativa, trabaja para retirar del camino la capa externa de la cultura (quitarse el zapato en medio de la iglesia y colocar un pan dentro, significa expresar sufrimiento) y proporcionar, ya en el primer encuentro, el significado real del sufrimiento (falla de adaptación cultural), pues el acto quiere comunicar “malestar”, “inconformidad”, “cuestionamiento”, “inadaptación”, “inasimilación”. Ya se saben todas las respuestas de antemano, lo que dispensa la investigación, e interpretar correctamente es una cuestión de aplicación de la técnica correcta de extracción del dato y de provisión de una descripción objetiva de lo ocurrido. Así, el psicólogo –ávido por identificar la cultura en la consulta y carente del instrumental teórico y metodológico necesario para elaborar críticamente sobre la alteridad y coproducir, de manera éticamente sensible, las informaciones necesarias para la comprensión del caso en un contexto delicado– no se reconoce a sí mismo como alteridad y refrenda sus acciones en la realidad técnica y neutra de las “orientaciones del Ministerio de Salud”. Finalmente, se concreta la negativa a la reflexividad, cualidad imprescindible en estos contextos.

Identificar la cultura en la consulta psiquiátrica también es una cuestión nebulosa para los residentes en psiquiatría. En otro caso, Tobias, uno de los residentes, presentaba una formulación cultural en la actividad didáctica sobre uno de los casos atendidos durante el período de residencia. La formulación cultural es una entrevista semiestructurada, diseñada para recabar el modelo explicativo que los pacientes tienen sobre sus procesos de enfermedad. Se basa en las “ocho preguntas de Kleinman” –tal como se las denominaba en el ProSol (Kleinman et al., 1978/2006)– y también figura en el DSM-V (APA, 2014).

Tobias describió la consulta de una mujer siria, según afirmaba, pensaba que “aparecería mucha cultura”. Sin embargo, terminó frustrado por sus expectativas iniciales y la formulación cultural no pudo ser realizada: “Hice la entrevista, pero me equivoqué. Ella no dijo nada de cultura, nada. Cuando vi, no había tanta diferencia con un paciente brasileño. Ella explicaba la enfermedad por la biología, no articulaba cultura” (Tobias, diario de campo, 30 de enero de 2019, [traducción propia]). Intrigados, uno de nosotros preguntó cuál era su expectativa sobre “aparecer cultura” en la entrevista. Tobias respondió que esperaba que ella usara ropas típicas, signos corporales distintivos, fuera “menos abierta de mente”, en especial “por ser siria”, y que diera explicaciones sobre su sufrimiento que fueran diferentes de las que él mismo articulaba. Sin embargo, esto no ocurrió: el “modelo explicativo” de ella coincidía con el suyo, lo que convertía esa consulta en un encuentro en que la cultura no era visible; al fin y al cabo, si el modelo explicativo de la paciente coincidía con el suyo, eso significaba que aquel no era un modelo explicativo, sino una explicación. Si era biología (su cultura y, por casualidad, también de ella), no era cultura: simplemente era. El encuentro, por lo tanto, no era suficiente para sostener la ubicuidad de la cultura (Kirmayer et al., 2006) ni para propiciar el reconocimiento de ciertas creencias culturales como tales cuando se referían a las creencias de médicos y psicólogos.

La semana siguiente, otra formulación cultural fue presentada y Reinaldo, otro residente en psiquiatría, trajo las mismas cuestiones. Durante la entrevista de formulación cultural con un paciente haitiano, una de las preguntas versaba sobre la relación médico-paciente. Se mencionaba que a veces existen dificultades de entendimiento entre ambos, ya que provienen de “diferentes culturas” y tienen expectativas distintas sobre el tratamiento. Se preguntaba al paciente si eso le causaba algún tipo de preocupación y si había algo que el residente pudiera hacer para proporcionarle el cuidado que consideraba necesario. Reinaldo relató, frustrado, que el paciente respondió diciendo que “la única cuestión es que él espera que el médico pueda decirle

qué tiene”. También mencionó que “está ansioso por un diagnóstico y una explicación” y que “le gustaría que existiera un ‘aparato’ o ‘examen’ que pudiera darle esa respuesta de manera más concreta”. Finalmente, el paciente recordó que otro médico le había comentado que en sus exámenes de sangre tenía “la falta de una vitamina” en su cuerpo, y quería saber si esa podría ser la causa de su malestar.

Uno de los indicios de la existencia de “cultura”, por lo tanto, es la ausencia de explicaciones análogas a las formuladas por la biomedicina, lo que exige la necesidad de traducción, mediación cultural y reflexión sobre los propios modos de pensamiento. Si el “idioma” hablado es el mismo, es posible aplicar el conocimiento psiquiátrico y psicológico universal, dado que no hay obstáculo cultural, hecho constatado por la aplicación de una entrevista semiestructurada.

La recomendación sobre la necesidad de desarrollar políticas de salud “culturalmente sensibles o competentes”, con el fin de mejorar la calidad de los servicios y, especialmente, garantizar el acceso de la población migrante, se basa en la retórica de la valoración de la diversidad cultural, en estrecho diálogo con el campo de la salud global (Pussetti et al., 2009). En este sentido, es cada vez más común en Brasil encontrar las categorías “competencia cultural” y “sensibilidad cultural”, movilizadas para justificar la necesidad de una mayor capacitación de los profesionales y trabajadores de la salud frente a las especificidades de los migrantes. Estos conceptos, que se han popularizado en las últimas décadas, produjeron discusiones sobre la importancia de la intersección entre salud y cultura para dar cuenta de la complejidad de las experiencias individuales y están actualizando los debates sobre los diferentes modelos de salud y sus desafíos. En el contexto brasileño, estas reflexiones giran en torno a los desafíos de la universalidad del SUS y del principio de equidad, para que no se ignoren las especificidades y/o desigualdades (Branco-Pereira, 2023, 2024).

Para abordar la variabilidad cultural y sus implicaciones para la salud, tal como lo alientan estas categorías, se recurre a las ciencias sociales y a la antropología como conocimientos complementarios al conocimiento biomédico. A pesar de que tales construcciones teóricas se evocan para denunciar los enfoques asimilacionistas que tienden a patologizar la diferencia acaban, a menudo, de manera instrumental, reificando la idea de la cultura como un sistema fijo y homogéneo. Trabajos centrados en los servicios de salud y salud mental específicos sobre migrantes y refugiados en diferentes contextos han demostrado cómo, cuando se les anima a tomar en cuenta cuestiones culturales como variables importantes al formular diagnósticos o elegir un enfoque terapéutico, los profesionales tienden a incluirlas de manera superficial y esencialista (Pussetti, 2010; Hamid, 2024). En contextos

controvertidos, como las políticas dirigidas a los migrantes, al considerar las culturas como irreductiblemente distintas e incompatibles entre sí, se han reproducido formas de racismo y discriminación racial.

Analizando el caso de refugiados palestinos reasentados en Brasil, Sônia Hamid (2019, 2024) describe un problema similar al observado en el ambulatorio y otro derivado de él, donde la mediación cultural es frecuentemente entendida por los agentes del Estado como un ejercicio de traducción lingüística de leyes, instructivos, atenciones y otros aspectos, lo que convierte el intercambio comunicacional en unidireccional y poco significativo, incluso cuando los mediadores son miembros de la comunidad. El problema derivado es que la cultura, entonces, se convierte en un obstáculo para el entendimiento común, frecuentemente comprendido en la práctica como la aceptación dócil de las condiciones impuestas (Vasconcelos, 2018; Branco-Pereira, 2020a). Ante esta situación, la mediación cultural vista como solución para el acceso a los servicios públicos, mediante los cursos destinados a capacitar profesionales para la atención culturalmente sensible, reproduce estereotipos totalizantes y simplificadores sobre las poblaciones atendidas. Hamid (2024) relata:

Recientemente recibimos a un profesor universitario que habló de la necesidad de entender esta cultura del otro y apostar por esta mediación cultural, y habló con un tono muy solemne: *“Es necesario que consideremos que ni las mujeres árabes, ni las mujeres indígenas Warao quieren hombres observándolas”* y, con eso, entonces, resumió cuáles son las necesidades de apoyo que estas mujeres necesitan. En la declaración de las agentes, mujeres oprimidas y hombres opresores peligrosos eran traídos como características de la cultura, pensada de modo orientalista, totalizante, reificado y acusatorio, que tenía como consecuencia el establecimiento de esta dicotomía “Nosotros” x “Otros”, con la presuposición de la superioridad moral de los primeros en relación con ellos y la necesidad de intervenciones salvacionistas y civilizatorias.

La instrumentalización del concepto de cultura tiene otros efectos deletéreos, como se observa en la creciente derivación de hijos de inmigrantes, especialmente bolivianos, a los Centros de Atención Psicosocial Infante-Juveniles (CAPS-IJ) por sospecha de autismo por instituciones de enseñanza infantil (Branco-Pereira, 2020a). En algunas escuelas, el 60% de los alumnos hijos de inmigrantes fueron derivados para evaluación y recibieron diagnóstico (Brandalise, 2017). En este caso, parte del equipo pedagógico identificaba como síntoma

el supuesto retraso de niños y adolescentes inmigrantes o hijos de inmigrantes en el aprendizaje del portugués, atribuyendo la responsabilidad de la emergencia de dicha condición a la supuesta negligencia y frialdad afectiva de las madres, a la interrupción de la movilidad infantil entre la parentela femenina en función del cuidado, y al carácter introvertido y tímido de la cultura boliviana (Branco-Pereira, 2020a). Así, el equipo pedagógico de la escuela implementó intervenciones como la prohibición del uso del español en casa para facilitar el aprendizaje del portugués, lo que representaba una violencia colonial ya vivida por algunas de las madres, quienes en su infancia habían sido forzadas a abandonar sus lenguas maternas indígenas en favor del español.

Si miramos estas derivaciones únicamente desde la perspectiva de las fallas de adaptación cultural y de garantía de acceso a los servicios de salud, responsabilizando exclusivamente a las madres inmigrantes y trabajadoras por la supuesta emergencia de la condición, perdemos de vista el papel fundamental ejercido por agentes del Estado, como profesoras, psicólogas y otras profesionales presentes en este contexto, en la producción del diagnóstico y en las intervenciones civilizatorias derivadas de él.

En cuanto a las acciones del Estado, el gobierno brasileño ha promovido la figura del mediador cultural como una potencial solución para facilitar el acceso al sistema de salud. En 2024, la Secretaría de Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud redactó una Nota Técnica en la que recomendaba que los servicios de atención primaria establecieran “contacto con las redes locales para la oferta de mediación cultural”. En el documento, el Ministerio orienta a los gestores a fomentar el uso de “aplicaciones multilingües y de traducción” por parte de los profesionales de salud. No obstante, el Ministerio también reconoce las limitaciones de estas herramientas, por lo que sugiere que, idealmente, los gestores creen “estrategias locales para la oferta de servicios de mediación cultural en los dispositivos de salud” (Ministerio de Salud, 2024, p. 7).

Siguiendo esta línea, en agosto de 2024, una convocatoria del Consejo Nacional de Refugiados (CONARE, 2024) condicionó el acreditamiento de organizaciones de la sociedad civil para la recepción de refugiados afganos a la contratación de mediadores culturales. Sin embargo, ni el Ministerio de Salud ni el CONARE han publicado directrices sobre la formación de estos profesionales, su función específica o las directrices éticas para la práctica de mediación en contextos de salud y de asistencia. Como resultado, la tarea de estructurar los servicios de mediación cultural ha recaído en las organizaciones de la sociedad civil interesadas en acoger inmigrantes.

La realidad presenta otras limitaciones del modelo. Por ejemplo, en 2021, el municipio de Porto Alegre creó un programa de mediadores culturales en el SUS. En total, el municipio, de 1,3 millones de habitantes, cuenta actualmente con cuatro mediadores culturales, todos inmigrantes: dos haitianos, un senegalés y un venezolano. El objetivo del programa es proporcionar servicios de traducción en el ámbito de la salud. Según representantes de la prefectura, uno de los “obstáculos culturales” identificados ha sido el desconocimiento sobre el sistema de salud: “La tarjeta SUS era desconocida por muchos de ellos. Gracias a la intermediación de la mediadora senegalesa, [nombre suprimido], que habla wolof y francés, registramos, confeccionamos y entregamos 36 tarjetas la semana pasada” (Buttes, 2021). Así, ante un problema leído como cultural que trasciende la dimensión lingüística –el desconocimiento del sistema de salud, los criterios de elegibilidad para el acceso, los niveles de atención a la salud y las enfermedades a las que son vulnerables los inmigrantes–, la solución propuesta ha sido la simple traducción lingüística. Género, raza, cuerpo, mente, cerebro, enfermedad, salud, sinapsis, persona, individuo y toda clase de categoría de inteligibilidad del mundo son consideradas como traducibles entre culturas porque son objetivas y se disponen sobre un fondo común –la naturaleza–, aunque las narrativas culturales distorsionen su ontología. Tal naturaleza es descrita a través de una objetividad considerada absoluta, representada por el conocimiento científico. En este contexto, la mediación cultural se convierte en un proceso civilizatorio dirigido a individuos y culturas percibidas como premodernas.

Finalmente, ante el creciente interés del gobierno brasileño en formalizar la figura del mediador cultural como facilitador del acceso de los inmigrantes al SUS, en mayo de 2024, la Asociación Brasileña de Antropología (ABA, 2024) manifestó al gobierno federal su disposición e interés en participar en los debates sobre las políticas de equidad en salud para migrantes, en general, y sobre la regulación del oficio de mediadores culturales, en específico. Ese mismo año, la Cámara Brasileña de Ocupaciones (CBO) inició los trámites para definir las atribuciones y requisitos de formación para el ejercicio del oficio de mediador cultural, realizando encuentros con actores considerados clave para comprender sus necesidades y desafíos prácticos. No obstante, la ABA no fue invitada a participar en los debates.

### **APRENDER A (DES)APRENDER**

Es necesario, a veces, afirmar lo obvio: es imposible aprender todas las culturas. De hecho, incluso es debatible si es posible aprender siquiera una (Geertz, 1973/1978; Clifford, 1983) o si la categoría cultura es la más adecuada para describir y analizar aquello que observamos

(Abu-Lughod, 1991). Si hacer antropología es comparar antropologías, si la antropología compara para poder traducir (Viveiros de Castro, 2019), y si todos somos antropólogos (Wagner, 1975/2012; Viveiros de Castro, 2002), en tanto que la atribución de significado a la diferencia para hacerla inteligible es considerada una actitud universalmente humana, entonces es necesario comprender que el proceso de invención de la cultura es siempre doble: se inventa la cultura del otro mediante la invención de la propia. Si fuera diferente, el proceso de “aprendizaje” de una cultura sería objetivo y estandarizado (Wagner, 1975/2012, p. 52). Así, reconocerse coproductor de los significados producidos a partir de las interacciones en contextos de salud –y más allá– es fundamental para la actuación intercultural. Antes que un simple mapeador de significados, el mediador es siempre su coproductor, lo que hace imprescindible la reflexividad crítica sobre su propia cultura y sobre la noción misma de cultura.

Asimismo, es importante subrayar que, aunque la contratación de inmigrantes por servicios de salud sea fundamental para pluralizar el SUS, aumentar el número de inmigrantes actuando como mediadores culturales, médicos, enfermeros y técnicos de enfermería no es suficiente, ya que la operacionalización de la representatividad entre las nacionalidades es difícil, la homogeneización de las diferencias bajo el signo de los pertenecimientos nacionales –regionales y continentales, a veces– es problemático y el manejo de las cuestiones éticas es frecuentemente una cuestión compleja, especialmente en el caso de nacionales del mismo país que pertenecen a grupos rivales, o incluso enemigos.

El mediador cultural debe ser alguien capaz de aprender a aprender sobre el otro y, al mismo tiempo, aprender a desaprender sobre sí y sobre los procesos de fabricación de las diferencias entre “nosotros” y “otros”. Para ello, debe percibir y reelaborar constantemente su posicionalidad dentro del contexto en el que se inserta. Así, el trabajo de mediación cultural debe abordar tres aspectos fundamentales: 1) el mediador debe trabajar y complejizar las nociones de cultura, de identidad y de diferencia usadas en el cotidiano de los servicios de salud; 2) el mediador debe actuar como un especialista en mapear relaciones sociales y significados importantes, evitando saltos interpretativos y la cristalización de nociones sobre sus interlocutores y sobre sí mismo; 3) el mediador debe ser un garante de la reflexividad en el contexto del equipo de salud, mediante el ejercicio de la traducción cultural como equivocación controlada (Viveiros de Castro, 2019).

Esto significa decir que las traducciones hechas en el contexto de mediación cultural no deben ser totalizantes sobre la diferencia cultural, y deben ser aquellas capaces de también subvertir la caja conceptual de la medicina, de la psicología y de la psiquiatría de manera

a tornarlas en verdaderamente permeables a los conceptos, métodos y modos de pensamiento diversos. Esto puede hacerse mediante la inclusión de tópicos sobre antropología y metodología etnográfica –y sus variantes que demandan menos tiempo, como los ya comunes *rapid ethnographic assessments*– en los cursos de capacitación y formación de estos profesionales, que también podrían ser antropólogos y maestros de saberes tradicionales. La presencia de antropólogos podría beneficiar las dinámicas de relación entre diferencias en los *settings* clínicos no solo en la salud mental, foco de este capítulo, sino también en otros contextos de salud y más allá de ellos. Los antropólogos también pueden contribuir con la elaboración, ejecución y evaluación de políticas públicas de equidad en salud, como en el caso de los programas de oferta de mediadores culturales.

La instrumentalización del concepto de cultura, como vimos, no es un detalle en este contexto, y toda empiria está estructurada en la teoría (Peirano, 2014). Siendo así, la práctica de profesionales de salud estará significada en la forma en que la diferencia cultural será presentada a ellos, por lo general, mediante capacitaciones cuestionables y notas técnicas un tanto económicas al respecto. Esto significa que el debate y la problematización sobre el concepto de cultura en los servicios de salud orienta y condiciona la acción de los profesionales que prestan asistencia, lo que torna crucial la presentación cualificada y crítica de este debate de manera a tornarlo un instrumento de reducción de las desigualdades epistémicas, materiales y otras. Lo contrario también es verdadero: la instrumentalización descuidada del concepto tiene la capacidad de tornar el sistema de salud en un reproductor de violencias y exclusiones estructurales.

Finalmente, es importante considerar la inclusión de disciplinas sobre las relaciones entre migración, salud y salud mental, desde una perspectiva crítica, en las mallas curriculares de los cursos del área de la salud en Brasil, evitando abordajes con énfasis en la movilidad humana como un riesgo epidemiológico, demográfico, social o cultural. También es fundamental la inclusión de disciplinas sobre antropología de la salud y de la salud mental, como en el caso argumentado. Así, en lugar de proporcionar culturas en cajas (Kaufert, 1990) para que estos profesionales las utilicen en sus atenciones, podremos proporcionar los instrumentos categoriales y metodológicos adecuados para que puedan ellos mismos significar, con objetividad relativa, las diferencias comprendidas como culturales.

## **CONCLUSIÓN**

La antropología compara para poder traducir, y la cultura es un proceso multidimensional de comparación. Dice Viveiros de Castro (2019):

Hoy es sin duda recurrente decir que la traducción intercultural es la tarea distintiva de nuestra disciplina. Pero el problema es saber qué precisamente es, puede o debe ser una traducción, y cómo llevar adelante tal operación. Es aquí donde las cosas comienzan a complicarse, como Talal Asad demostró en un artículo notable (1986). Adopto la posición radical, que creo ser la misma que la de Asad, y que puede resumirse de la siguiente manera: en la antropología, la comparación está al servicio de la traducción y no lo contrario. La antropología compara para poder traducir, y no explicar, justificar, generalizar, interpretar, contextualizar, revelar el inconsciente, decir lo que no necesita ser dicho, y así sucesivamente. Agregaría a esto que traducir es siempre traicionar, como dice el dicho italiano. Sin embargo, una buena traducción – y aquí estoy parafraseando a Walter Benjamin (o mejor, a Rudolf Pannwitz vía Benjamin)– *es una que traiciona la lengua de destino, y no la lengua de origen* [énfasis añadido]. Una buena traducción es una que permite que los conceptos alienígenas deformen y subviertan la caja de herramientas conceptual del traductor para que el *intencio* de la lengua original pueda expresarse dentro de la lengua nueva (p. 250, [traducción propia]).

Así, es necesario diferenciar las traducciones en contextos interculturales, como se ha argumentado a lo largo del texto. La noción de cultura que sustenta la traducción realizada en los servicios públicos de salud, y en otros ámbitos, tiene un impacto cualitativo significativo en los efectos de la atención y en las políticas de salud. Esto influye también en la práctica de los profesionales de salud en los distintos niveles de atención dentro de los sistemas sanitarios, permitiendo la estructuración de un modelo asistencial verdaderamente abierto al pluralismo y menos reproductor de violencias epistémicas, coloniales y otras formas de exclusión derivadas.

Los antropólogos pueden contribuir significativamente a la complejización de las nociones de cultura y de traducción que sustentan políticas públicas, como la oferta de mediadores culturales en servicios públicos y la formación de profesionales de la salud. Es necesario ponderar que si la cultura no es algo exclusivo de los inmigrantes, las habilidades descritas a lo largo de este texto como fundamentales para los mediadores culturales se tornan igualmente importantes para médicos, enfermeros, técnicos en enfermería y otros profesionales de la salud. Si la instrumentalización del concepto de cultura y la manera en que significamos la diferencia determinan la calidad de la asistencia prestada, este aspecto no puede ser tratado como un detalle accesorio en la formulación de políticas públicas de salud.

Por ello, es imprescindible enseñar antropología y metodologías de evaluación etnográfica a los estudiantes que se convertirán

en profesionales de la salud –incluyendo aquí a los mediadores culturales– para que sean capaces de reflexionar críticamente sobre la diferencia y sus propios modos de pensamiento, produciendo datos relevantes para los tratamientos y construyendo, junto con los pacientes (protoexpertos en sus propias condiciones), soluciones viables. La inclusión de debates sobre antropología en los currículos escolares de estudiantes de cursos de salud tiene un gran potencial de impacto positivo en las relaciones clínicas. También es crucial considerar la incorporación de antropólogos en los equipos que piensan y ejecutan las políticas públicas de salud para inmigrantes, de modo que esta perspectiva forme parte de su concepción inicial y se mantenga presente a lo largo de los procesos de evaluación.

Finalmente, si tomamos en serio la propia trayectoria histórica de la antropología médica y de la salud, que deja de limitarse a la producción de conocimiento sobre grupos sociales marginados y pasa a cuestionar el fundamento natural mismo de los fenómenos observados a través del análisis de la producción científica y biomédica, veremos que la reflexividad epistemológica crítica también es fundamental. Si las relaciones intraculturales (comparaciones internas) e interculturales (comparaciones externas) están en continuidad ontológica (Viveiros de Castro, 2019), no es suficiente para la práctica intercultural saber sobre el otro, si consideramos esto posible. Esto significa decir que si fabricamos “el otro” mediante nuestras propias categorías, ellas también deben ser constantemente examinadas de manera crítica. Aunque esto no signifique abandonarlas, implica, al menos, renunciar a grandes porciones de las cuotas de poder –epistemológico, político, económico– que se tienen sobre ese “otro” en nombre de su redistribución a otros actores.

No se puede ser ingenuo respecto de las grandes disputas de poder intrínsecas a la implementación efectiva de las propuestas aquí defendidas, especialmente ante el avance global de la extrema derecha. Así, y como hemos sido testigos crecientemente, la defensa de ciertos presupuestos epistemológicos, más que mero preciosismo académico, es también una afirmación política. Esto significa decir que debatir ciertos presupuestos teóricos que se desdoblán en la garantía o en la violación de derechos, se predica en la defensa de garantía de derechos a poblaciones históricamente victimizadas por el colonialismo y vulnerabilizadas por el capitalismo. Lo contrario también es verdadero: ignorar el debate, afirma proximidad con visiones totalizantes sobre el “otro” y con el racismo epistémico que históricamente han sustentado enfoques reduccionistas sobre esta cuestión. Es necesario reflexionar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Associação Brasileira de Antropologia (ABA) (2024). *Nota sobre a publicação da Nota Técnica no 8/2024 pelo Ministério da Saúde, com orientações sobre o acesso à saúde de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas na Atenção Primária à Saúde (APS)*. <https://portal.abant.org.br/nota-sobre-a-publicacao-da-nota-tecnica-no-8-2024-pelo-ministerio-da-saude-com-orientacoes-sobre-o-acesso-a-saude-de-pessoas-migrantes-refugiadas-e-apatridas-na-atencao-primaria-a-saude-aps/>
- Abu-Lughod, Lila (1991). Writing against culture. En Richard G. Fox (Ed.), *Recapturing Anthropology: Working in the Present* (1.a ed., pp. 137-162). Santa Fe, NM, School of American Research Press.
- American Psychiatric Association (APA) (Eds.) (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Asad, Talal (1986). The Concept of Cultural Translation in British Social Anthropology. En James Clifford y George Marcus (Eds.), *Writing Culture: The poetics and politics of ethnography* (1.a ed.). University of California Press.
- Asad, Talal (Ed.) (1995). *Anthropology & the colonial encounter*. Cambridge, Humanity. (Trabajo original publicado en 1973).
- Bersani, Ana Elisa (2020). Doença ou feitiço? Um relato sobre o fenômeno do “mal-estar” e a experiência migratória na metrópole paulistana. *Revista Mundaú*, (7), 18-43. <https://doi.org/10.28998/rm.2019.n.7.8639>
- Bersani, Ana Elisa (2022). *Pase mizè: A linguagem do sofrimento e os haitianos em São Paulo*. (Tesis de Doctorado en Antropología Social). Universidad Estadual de Campinas, Campinas, SP. <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1247926>
- Branco-Pereira, Alexandre (2020a). Autismo e maternidade migrante: Psicopatologizando relações em mobilidade. *Vivência: Revista de Antropologia*, 1(56). <https://doi.org/10.21680/2238-6009.2020v1n56ID23676>
- Branco-Pereira, Alexandre (2020b). *Viajantes do tempo: Imigrantes-refugiadas, saúde mental, cultura e racismo na cidade de São Paulo* (1.a ed.). Curitiba, Editora CRV. <https://doi.org/10.24824/978854444061.2>
- Branco-Pereira, Alexandre (2022a). Entre a crença e o saber: Cultura como falseamento da realidade em um ambulatório psiquiátrico para imigrantes e refugiadas em São Paulo, Brasil. *Etnografica*, 26(3), 625-650. <https://doi.org/10.4000/etnografica.12118>
- Branco-Pereira, Alexandre (2022b). Entre Cérebros, Psychés e Culturas: Notas para o debate sobre a epistemologia que embasa

- serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas em São Paulo. *Ilha Revista de Antropologia*, 24(2), 174-197. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2022.e80387>
- Branco-Pereira, Alexandre (2023). Tensions between universality and equity in the access of racialised immigrants to the SUS in the metropolis of São Paulo during the COVID-19 pandemic. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, 20, e20606. <https://doi.org/10.1590/1809-4341.2023v20a20606>
- Branco-Pereira, Alexandre (2024). “*Não temos tempo de temer a morte!*”: *Saúde e política antiporão de migrantes racializados durante a pandemia de COVID-19*. (Tesis de Doctorado en Antropología Social). Universidad Federal de San Carlos, San Carlos, SP.
- Brandalise, Vitor Hugo (19 de marzo de 2017). Autista, não: Imigrante. *O Estado de São Paulo*. <https://www.estadao.com.br/educacao/autista-nao-imigrante/>
- Buttes, Rita (6 de diciembre de 2021). Entrevista para o site da Prefeitura Municipal de Porto Alegre sobre o programa de mediação intercultural da Secretaria de Saúde. *Prefeitura Municipal de Porto Alegre*. <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/mediadores-interculturais-auxiliam-75-imigrantes-no-primeiros-mes-do-programa-da-saude>
- Carvalho, Luciana de Andrade; Cruz, Janaína Alves Sampaio; Sampaio, Leonardo Augusto Negreiros Parente Capela y Branco-Pereira, Alexandre (2018). Serviços de saúde mental para imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo. *Travessia - Revista do Migrante*, (84), 55-68.
- Carvalho, Luciana; Branco-Pereira, Alexandre; Cunha, Samuel Frota y Feola, Caio Augusto Rios (2023). O processo diagnóstico transcultural: Notas autoetnográficas em um ambulatório psiquiátrico para imigrantes e refugiados em São Paulo. *Périplos: Revista de Pesquisa sobre Migrações*, 7(2), 63-95.
- Cavalcanti, Leonardo; Oliveira, Tadeu y Silva, Bianca G. (2021). *Relatório Anual 2021.2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil* (Série Migrações). Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. [https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra\\_2020/Relat%C3%B3rio\\_Anual/Relato%CC%81rio\\_Anual\\_-\\_Completo.pdf](https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/Relat%C3%B3rio_Anual/Relato%CC%81rio_Anual_-_Completo.pdf)
- Clifford, James (1983). On Ethnographic Authority. *Representations*, (2), 118-146.
- Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE) (2024). *Edital de Chamamento Público para Celebração de Acordo de Cooperação no*

- 01/2024–Processo no 08018.033804/2024-93. CONARE/DEMIG/SNJ/MJ. [https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/legislacao/edital\\_reassentamento.pdf](https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/legislacao/edital_reassentamento.pdf)
- Devereux, Georges (1978). L'ethnopsichiatrie. *Ethnopsichiatrica*, 1(1), 7.
- Devereux, George y Neuburger, Robert (2011). *Baubo, la vulve mythique* (Nouvelle éd.). Paris, Éd. Payot & Rivages. (Trabajo original publicado en 1983).
- Durkheim, Emile (1970). *As Formas Elementares Da Vida Religiosa*. São Paulo, Martins Fontes.
- Enriquez, Falina (2024). The ethnoracial commodification of Brazilianness at cultural festivals in Toronto, Canada. *Cultural Dynamics*, 36(4), 413-437. <https://doi.org/10.1177/09213740241305402>
- Fanon, Frantz (2020). *Pele negra, máscaras brancas*. São Paulo, Ubu Editora. (Trabajo original publicado en 1952).
- Faustino, Deivison Mendes (2019). O mal-estar colonial: Racismo e o sofrimento psíquico no Brasil. *Clínica e Cultura*, 8(2), 82-94.
- Frente Nacional pela Saúde de Migrantes (FENAMI) (2023). *Relatório Final–1a Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes*. [https://www.fenami.org/\\_files/ugd/7848d7\\_fef99226ca2f481eb00cc8268da941ee.pdf](https://www.fenami.org/_files/ugd/7848d7_fef99226ca2f481eb00cc8268da941ee.pdf)
- Galina, Vivian Fadlo; Silva, Tatiane Barbosa Bispo Da; Haydu, Marcelo y Martin, Denise (2017). A saúde mental dos refugiados: Um olhar sobre estudos qualitativos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 297-308. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0929>
- Geertz, Clifford (1978). *A Interpretação das Culturas* (Fanny Wrobel, Trad.). Rio de Janeiro, Zahar Editores. (Trabajo original publicado en 1973).
- Geertz, Clifford (1980). A transição para a humanidade. En Friedrich Engels, Clifford Geertz, Zygmunt Bauman, Alexei Leontiev y Enrique Marcarian (Eds.), *O papel da cultura nas ciências sociais* (pp. 1-6). Porto Alegre, Editorial Villa Martha.
- Godoy, Daniela B. O. A y Bairrão, José F. M. H (2015). Estrutura e Inconsciente de Lévi-Strauss a Lacan: Uma articulação topológica. *Cultures-Kairós: anthropologie, pratique, théorie*, 5(1). <https://revues.mshparisnord.fr/cultureskairos/index.php?id=1156>
- Gonzalez, Lélia (1984). Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, 223-244.
- Hamid, Sônia (2019). *(Des)integrando refugiados: Os processos do reassentamento de palestinos no Brasil* (1a). Brasília, DF, Editora Universidade de Brasília.

- Hamid, Sônia (2024). *Fala apresentada na Mesa 1: Gênero e Raça nos processos migratórios*. Conferência Livre Nacional de Antropólogos da Migração. [https://youtu.be/FZlEnm9-wIk?si=jtYjZznxo7\\_fSGtC](https://youtu.be/FZlEnm9-wIk?si=jtYjZznxo7_fSGtC)
- Haraway, Donna (7 de diciembre de 2019). A giant bumptious litter: Donna Haraway on truth, technology, and resisting extinction. *Logic*, 9. <https://logicmag.io/nature/a-giant-bumptious-litter/>
- Haydu, Marcelo (2017). *Refugiados congolese na cidade de São Paulo: Processo migratório e itinerários terapêuticos*. (Tesis de Doctorado). Universidade Federal de São Paulo.
- Kaufert, Patricia (1990). The “Boxification” of Culture: The Role of the Social Scientist. *Santé, Culture, Health*, 7(2-3), 138-148.
- Kirmayer, Laurence J. (2006). Beyond the “New Cross-cultural Psychiatry”: Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43(1), 126-144. <https://doi.org/10.1177/1363461506061761>
- Kirmayer, Laurence J. (2012). Culture and Context in Human Rights. En Michael Dudley, Derrick Silove y Fran Gale (Eds.), *Mental Health and Human Rights* (pp. 95-112). London, Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199213962.003.0005>
- Kirmayer, Laurence J. y Minas, Harry (2000). The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(5), 438-446. <https://doi.org/10.1177/070674370004500503>
- Kirmayer, Laurence J.; Groleau, Danielle; Guzder, Jaswant; Blake, Caminee y Jarvis, Eric (2003). Cultural Consultation: A Model of Mental Health Service for Multicultural Societies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(3), 145-153. <https://doi.org/10.1177/070674370304800302>
- Kleinman, Arthur (1977). Depression, somatization and the “new cross-cultural psychiatry”. *Social Science & Medicine* (1967), 11(1), 3-9. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(77\)90138-X](https://doi.org/10.1016/0037-7856(77)90138-X)
- Kleinman, Arthur (1988). *Rethinking psychiatry*. Springfield, OH, Collier MacMillan.
- Kleinman, Arthur; Eisenberg, Leon y Good, Byron (2006). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251-258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Knobloch, Felicia (2015). Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. *Psicologia USP*, 26(2), 169-174. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140015>
- Langdon, E. Jean (2001). A doença como experiência: O papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnografica*, 5(2), 241-260. <https://doi.org/10.4000/etnografica.2813>

- Latour, Bruno (1993). Ethnography of a “high-tech” case: About Aramis. En Pierre Lemmonier (Ed.), *Technological choices: Transformation in material cultures since the Neolithic* (1.a ed., pp. 372-398). New York, Routledge and Kegan Paul.
- Latour, Bruno (2021). *Sobre o culto moderno dos deuses fáticos: Seguido de «Iconoclash»*. São Paulo, Editora UNESP. (Trabalho original publicado em 2010).
- Lévi-Strauss, Claude (2012a). A análise estrutural em linguística e antropologia. En *Antropologia Estrutural 1* (pp. 57-86). São Paulo, Cosac Naify. (Trabalho original publicado em 1950).
- Lévi-Strauss, Claude (2012b). A eficácia simbólica. En *Antropologia Estrutural 1* (pp. 265-292). São Paulo, Cosac Naify. (Trabalho original publicado em 1949).
- Lévi-Strauss, Claude (2012c). *Antropologia estrutural 1*. São Paulo, Cosac Naify. (Trabalho original publicado em 1949).
- Lévi-Strauss, Claude (2012d). O feiticeiro e sua magia. En *Antropologia Estrutural 1* (pp. 237-264). São Paulo, Cosac Naify.
- Machado, Igor José de Reno (2009). *Cárcere público: Processos de exotização entre brasileiros no Porto*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Ministério da Saúde (Ministerio de Salud) (2024). *Nota Técnica no 8/2024*. CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-8-2024.pdf>
- Nathan, Tobie (s.f.). Georges Devereux and Clinical Ethnopsychiatry. *Ethnopsychiatrie.net*. <https://www.ethnopsychiatrie.net/GDengl.htm>
- Nathan, Tobie y Stengers, Isabelle (2018). *Doctors and healers*. Cambridge, Polity press.
- Observatório das Migrações em São Paulo (2025). *Banco interativo do Observatório das Migrações em São Paulo–Imigrantes internacionais registrados no Brasil (com Registro Nacional Migratório–RNM)*. Campinas, NEPO - Elza Berquó - Unicamp. <https://www.nepo.unicamp.br/observatorio/bancointerativo/numeros-imigracao-internacional/sinre-sismigra/>
- Peirano, Mariza (2014). Etnografia não é método. *Horizontes Antropológicos*, 20(42), 377-391. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832014000200015>
- Pussetti, Chiara (2010). Identidades em crise: Imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade*, 19(1), 94-113. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100008>

- Pussetti, Chiara; Ferreira, Júlio F.; Lechner, Elsa y Santinho, Cristina (2009). *Migrantes e saúde mental: A construção da competência cultural* (1.a ed.). Observatório da Imigração.
- Red de Cuidados en Salud para Inmigrantes y Refugiados (REDE) (2021). *Relatório Final - 1a Plenária Nacional "Saúde e Migração em Tempos de COVID-19"*. [https://www.fenami.org/\\_files/ugd/7848d7\\_fb03e44f58b6475fbb239a148eedc15f.pdf](https://www.fenami.org/_files/ugd/7848d7_fb03e44f58b6475fbb239a148eedc15f.pdf)
- Russo, Jane y Venâncio, Ana Teresa A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: A “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 460-483. <https://doi.org/10.1590/1415-47142006003007>
- Santana, Carmen y Lotufo-Neto, Francisco (2004). Psicodinâmica e cultura: A implantação de um programa de saúde mental para refugiados em São Paulo. En Sylvia Dantas Debiaggi y Geraldo José Paiva (Eds.), *Psicologia, E/Imigração e Cultura*. São Paulo, Ed. Casa do Psicólogo.
- Santana, Carmen y Lotufo-Neto, Francisco (2015). Developing a mental health programme for refugees based on participatory Action Research: An experience from São Paulo, Brazil. *International Journal of Action Research*, (3), 265-288. <https://doi.org/10.1688/IJAR-2015-03-Santana>
- Simanke, Richard (2002). *Metapsicologia Lacaniana: Os Anos De Formação*. São Paulo, Discurso Editorial.
- Stengers, Isabelle (2011). *Cosmopolitics. 2*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Tedlock, Barbara (1991). From participant observation to the observation of participation: The emergence of narrative ethnography. *Journal of Anthropological Research*, 47(1), 69-94.
- Vasconcelos, Iana Dos Santos (2018). Receber, enviar e compartilhar comida: Aspectos da migração venezuelana em Boa Vista, Brasil. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 26(53), 135-151. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005309>
- Viveiros de Castro, Eduardo (2019). A antropologia perspectiva e o método de equivocação controlada. *ACENO - Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 5(10). <https://doi.org/10.48074/aceno.v5i10.8341>
- Viveiros de Castro, Eduardo (2002). O nativo relativo. *Mana*, 8(1), 113-148. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132002000100005>
- Wagner, Roy (2012). *A invenção da cultura*. São Paulo: Cosac Naify. (Trabajo original publicado en 1975).
- Young, Allan (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.

Alejandra Carreño-Calderón, Soledad Martínez Rodríguez

## **“TODOS NOS CUIDAMOS ENTRE TODOS”: AFLICCIONES, CUERPOS Y RESISTENCIAS EN LOS TRÁNSITOS DE MUJERES MIGRANDO A CARGO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (NNA) POR EL CONO SUR DE AMÉRICA**

### **INTRODUCCIÓN**

Sudamérica es una región marcada por los procesos migratorios. Si bien durante las primeras décadas del siglo XX se caracterizó por acoger migraciones provenientes de Europa y Asia, desde mediados de siglo protagonizó flujos migratorios de salida hacia el norte global. Hoy en día, este panorama ha sufrido una nueva transformación, en cuanto el cono sur ha devenido destino de migrantes principalmente de origen Latinoamericano y del Caribe en lo que se denomina “migraciones Sur-Sur”, procesos marcados por la sobreposición de crisis políticas, económicas, climáticas y de seguridad en países como Venezuela, Haití, Colombia, Nicaragua, Ecuador, entre otros.

En el caso de Chile, desde el año 2014, se ha observado un aumento progresivo en los flujos de entrada al país, llegando a su punto más alto durante los años 2018-2019, para luego decaer a partir del cierre de fronteras por la pandemia de COVID-19 desde marzo de 2020 (Banco Mundial, 2022). Si bien el número total de ingresos disminuyó en este periodo (2020-2022), el cierre de fronteras implicó un súbito aumento de ingresos por pasos no habilitados (PNH), que en el caso de Chile se ubican principalmente en la frontera norte, en el límite con Perú (Chacalluta) y Bolivia (Colchane y Ollagüe).

Aunque es difícil cuantificar estadísticamente estos ingresos, los cálculos basados en datos provenientes de la Policía de Investigaciones

(PDI) reportan que, entre los años 2021 y 2022, las cifras de ingresos por fronteras irregulares en Chile han sobrepasado los 50.000 casos cada año; muy por encima del período 2012-2017 cuando nunca superaron las 3000 personas (Servicio Jesuita Migrante, 2022a). La ley migratoria vigente establece que todas estas personas permanecen de forma irregular en el país, sin que hasta la fecha se hayan ejecutado medidas de regularización excepcional.

Sin embargo, en estos datos hay una cifra oculta respecto de los niños, niñas y adolescentes (NNA) migrando por vías irregulares, debido a que no son reportados en los registros operativos de la policía. De las estadísticas sobre NNA en condición irregular emerge que en el año 2020 entraron más de 6000 NNA por PNH (SJM, 2022b) y que en 2023 se tramitaron 46.453 permisos humanitarios para NNA (Servicio Nacional de Migraciones, 2023), que son las únicas vías de regularización para este grupo etario. El aumento de núcleos pasando por PNH en el cono sur y la presencia de NNA en estos ha implicado para los estudios migratorios la urgencia de afinar la mirada interseccional que hasta hace algunos años solía detenerse en la interacción entre factor de género/nacionalidad, generando abundante literatura sobre las condiciones de mujeres migrantes en la región (Guizardi et al., 2018; Magliano, 2015; Stefoni y Stang, 2017).

Las trayectorias por fronteras irregulares, a menudo controladas por redes de crimen organizado, la imposibilidad de obtener regularización en los países de llegada y la organización de estrategias colectivas muchas veces lideradas por mujeres o por adolescentes son parte de lo que Sheller (2018) llama “movilidades subversivas”: el movimiento de grupos de personas que, a pesar de estar condenadas a la inmovilidad por factores interseccionales, igualmente migran, se mueven en condiciones extremadamente precarias y siendo constantemente criminalizadas. Frente a ellas, el Estado-nación organiza lo que se ha caracterizado como una respuesta tanatológica: decide a quién deja morir y quién puede vivir, distinguiendo grupos sociales que son destinados a la “nuda vida” (Agamben, 1998). Es decir, la sobrevivencia del cuerpo biológico, despojado de cualquier tipo de protección, aun en contra de históricos tratados internacionales que sostienen la inalienabilidad de los derechos humanos, incluidos quienes migran por fronteras irregulares (Aguilar-Idáñez, 2017). Las movilidades subversivas son parte de las injusticias del régimen global de movilidad actual que, mientras exacerba las oportunidades y la velocidad del movimiento de ciertas mercancías y grupos de personas, inmoviliza, restringe y criminaliza la movilidad de otras.

Considerando estos factores, en las siguientes páginas reflexionaremos sobre las condiciones de salud mental de mujeres migrantes

que ingresaron a Chile por pasos no habilitados durante la crisis por COVID-19 viajando a cargo de NNA y en las estrategias individuales y colectivas de afrontamiento a estas aflicciones, intentando superar enfoques que las han posicionado únicamente desde el paradigma de la vulnerabilidad. Los riesgos a los que están expuestas las personas que migran por PNH en Latinoamérica han sido ampliamente documentados y tienen impactos innegables sobre la salud física y mental de la población en movilidad. Hoy en día se observa aumento de tráfico y trata de personas, que afecta particularmente a adolescentes y jóvenes mujeres (aunque no exclusivamente), así como un aumento de la exposición a situaciones de acoso y abuso sexual, sexo transaccional, robos, extorsión y secuestro. Otros riesgos están asociados con lesiones y enfermedades debidas al clima, las condiciones de la ruta y a la falta de acceso a servicios básicos, separación familiar, discriminación y xenofobia, e incluso desapariciones.

El Proyecto Migrantes Desaparecidos de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2023) registra que entre 2014-2023 se han producido más de 8000 muertes en nuestro continente por ahogos, incidentes de tránsito, violencia, falta de agua y alimentación, enfermedades no atendidas, accidentes o motivos desconocidos que han afectado a personas migrando por vías irregulares. Dada su gravedad, estos datos a menudo son abordados a través de políticas que se inscriben en el registro de lo que autores como Didier Fassin (2010) llaman la “patetización del mundo”, es decir, la traducción de desigualdades políticas en el lenguaje del sufrimiento, en el que la respuesta gubernamental a las fuerzas políticas que fuerzan las (in)movilidades subversivas se reduce a una respuesta humanitaria que define a quién hacer vivir y a quién dejar morir (Vatter, 2006).

Un sector en el que particularmente se ven los efectos de estas políticas de “patetización del mundo” se relaciona con el ámbito de la salud, en particular, en el de la salud mental. Diversas experiencias de trabajo de campo realizadas con migrantes latinoamericanos en Chile y con equipos de salud evidencian la falta de instrumentos que poseen estos últimos para abordar los efectos psíquicos de la migración y la violencia (Carreño et al., 2020); la reproducción del sufrimiento debido a la burocracia e institucionalización de la espera en la respuesta humanitaria (Carreño et al., 2021), así como la peligrosa medicalización que pueden sufrir experiencias migratorias que son rápidamente clasificadas dentro de diagnósticos como depresión, estrés postraumático, síndrome de Ulises, trastorno del vínculo, etc. (Calquín et al., 2022; Meñaca y Arantza, 2006).

Cabe agregar que ninguno de estos diagnósticos cuenta con una dimensión de género, por lo que a menudo las aflicciones de las

mujeres se leen como principalmente vinculadas con la (im)posibilidad de ejecutar sus roles de cuidadoras, madres y parejas en el país de llegada (Eguiluz, 2021) y pueden estar sometidas a una sobremedicalización, tal como ha sido constatado en estudios comparativos entre hombres y mujeres con síntomas psiquiátricos similares, en los que las mujeres reciben con más frecuencia diagnósticos como depresión y ansiedad que los hombres, y prescripciones mayores de psicofármacos, a igual necesidad (Bacigalupe et al., 2020). La presencia de estereotipos de género en la lectura del sufrimiento de las mujeres implica reducir el impacto que factores como la descalificación laboral, la violencia y la pobreza generan específicamente sobre las mujeres migrantes, aun cuando en América Latina se ha constatado que la pobreza multidimensional ha tendido a concentrarse en familias “monomaternales” (es decir, lideradas por mujeres), quienes, en el caso de las migrantes, enfrentan más barreras que los hombres para homologar títulos y acceder a trabajo formal en cuanto trabajadoras migrantes (Centro Nacional de Estudios Migratorios, 2022).

Estudios recientes muestran que las mujeres migrantes de origen latinoamericano sufren una importante descalificación laboral y suelen insertarse en labores de cuidado, limpieza, belleza y comercio, incluido el comercio sexual, a pesar de tener calificación para desempeñarse en otros rubros (Bustamante, 2017; Carrère y Carrère, 2015, entre otros). Además, el tema de la violencia que experimentan las mujeres migrantes se ha ido posicionando como un tema emergente, sobre el que existen datos respecto de las barreras que enfrentan estos grupos para denunciar y acceder a protección y justicia, especialmente en el caso de migrantes irregulares (Calderón-Jaramillo et al., 2020; Carreño et al., 2022; entre otros).

En términos de acceso, por otra parte, a pesar de que en Chile existe una política de salud que ha permitido dar acceso universal a la población migrante, incluida aquella en condición irregular (Decreto 67/2016), la salud mental en este sector poblacional es un tema en el que aún existen importantes vacíos de información, así como ausencia de recomendaciones para intervenciones con enfoque intercultural. Los estudios existentes a la fecha indican que la población migrante suele experimentar barreras de acceso vinculadas con el desconocimiento del sistema de salud, el temor a ser discriminados o denunciados en los servicios sanitarios, la aceptabilidad de los programas de salud mental, así como una falta de priorización de la salud mental frente a otras necesidades básicas como la obtención de vivienda y el trabajo (Astorga et al., 2019; Blukacz et al., 2020). A estas barreras se suman problemas estructurales de un sistema de salud público en crisis financiera, en el que la salud mental no es priorizada, ni cuenta con

recursos humanos suficientes frente a una demanda creciente en un contexto económico marcado por los efectos sociopolíticos del neoliberalismo (Jimenez-Molina et al. 2019).

Frente a este panorama, el presente artículo pretende reflexionar sobre experiencias de aflicción, emociones y cuidado de personas en movilidad, a partir de los relatos que surgen en la implementación de la metodología de corpocartografía (*bodymapping*), realizada con un grupo de ocho mujeres migrantes, de origen latinoamericano en Santiago de Chile, durante diciembre 2024. La metodología fue implementada en el marco de un estudio mayor, Fondecyt 11220813 titulado “Infancia y frontera: experiencias de movilidad, salud y cuidado de niños, niñas y adolescentes (NNA) que han atravesado la frontera norte de Chile por paso no habilitado en contexto de crisis sanitaria”.

### **¿CORPOCARTOGRAFÍAS Y SALUD MENTAL?**

Las corpocartografías son técnicas provenientes de la geografía y el arte (llamadas también metodologías de investigación basadas en arte, ABR, por sus siglas en inglés) (Lockett y Bagelman, 2023), que progresivamente están siendo incorporadas al estudio de la salud mental, especialmente entre quienes, además de factores de riesgo, buscan identificar factores protectores y elementos de resiliencia en los participantes (Murray et al., 2025). Estos elementos emergen a través de dispositivos visuales en los que el simbolismo, lo sensorial y las metáforas permiten superar los límites de instrumentos cualitativos tradicionales como la entrevista en profundidad, en la que temas sensibles, como los riesgos y vulnerabilidades vividas durante el proceso migratorio pueden ser difíciles de abordar por sus implicancias emotivas y éticas. En nuestro caso, esta metodología fue utilizada para responder a un objetivo de investigación que, además de identificar riesgos y vulnerabilidades vividas por adultos migrantes que ingresaron a Chile por PNH a cargo de NNA, también pretendía visibilizar estrategias de afrontamiento, organización y cuidado, entendiendo que las migraciones por fronteras irregulares dependen de redes colectivas organizadas que sostienen la continuidad de la vida, aún en momentos en que los Estados las abandonan (Glockner Fagetti, 2019).

Para abordar dicho objetivo decidimos, como equipo de investigadoras, proponer una metodología que permitiera poner las narraciones sobre las experiencias migratorias en un cuadro colectivo, en el que un grupo de personas que ha compartido una experiencia común pudiera compartir las aflicciones experimentadas, así como otras experiencias vinculadas con el viaje, en el que emergieran elementos que pocas veces se ven desde las intervenciones psicoterapéuticas individuales, tales como la presencia de redes de cuidado colectivo, la

memoria de la migración inscrita en el cuerpo y la importante motivación que presentan las mujeres en la construcción de un proyecto migratorio compartido con sus familias.

Por otra parte, el uso del método se fundamenta en la comprensión de que los cuerpos de quienes viajan tienen una experiencia que existe en relación con otros cuerpos con los cuales se relacionan. Creemos que esto ocurre de manera especial entre quienes viajan juntos, ya que aquello que afecta a una persona afecta también al grupo que se mueve, especialmente cuando el viaje con NNA se sostiene a través de relaciones de cuidado con otros cuerpos. Bajo estas premisas, un tibio día de verano del año 2023 convocamos a un encuentro a través de redes pre-establecidas con la Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC), organismo que históricamente ha apoyado los temas de asilo y refugio en Santiago de Chile. En las dependencias de la fundación y con la excusa de realizar un “Taller de cuerpo y cartografía migrante” invitamos a ocho mujeres que cumplieran con las características requeridas para el estudio: ser migrante de origen latinoamericano; haber ingresado a Chile por paso no habilitado desde el año 2020, y haber tenido a cargo el cuidado de NNA durante el proceso migratorio.

Las participantes provenían de Colombia (n=2); Venezuela (n=5) y Perú (n=1), tenían entre 25 y 45 años al momento de aplicar la metodología. Algunas acudieron con sus hijos/as y/o sobrino/as, quienes quedaron en un espacio de cuidado de niños, con una adulta a cargo, especialmente preparado para la ocasión. La sesión duró aproximadamente dos horas y fue liderada por S.M., quien tenía experiencia en aplicación de la metodología en temas de movilidad urbana. Antes de iniciar, todas las participantes firmaron un consentimiento informado en el que se les comunicó la investigación, la metodología a aplicar y la salvaguarda de datos personales, así como el uso de fotografías en las que no se muestra su rostro. El proyecto fue previamente aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo. Por motivos de confidencialidad, los nombres que aquí usaremos corresponden a seudónimos.

### **CUERPOS Y EMOCIONES EN TRÁNSITO**

Nos proponemos dividir la actividad en dos instancias: la primera dedicada a acceder a las memorias incorporadas (*embodied*) del viaje a través de la identificación de emociones que se sitúan en diversas partes del cuerpo; la segunda, a explorar la configuración relacional de los cuerpos y las relaciones de cuidado que se establecen en el tránsito a cargo de NNA. Para ello organizamos una presentación, luego una dinámica asociada con las emociones, otra con los cuidados y un

cierre colectivo. Toda la actividad se realiza en torno a dos grandes papelógrafos (Figura 1) en los que se muestran diseñadas dos siluetas de cuerpo humano en escala natural. En los contornos se encuentran lápices, lanas, adhesivos tipo *post-it* y pegamento. Organizamos un círculo alrededor de los cuerpos dibujados y comenzamos.

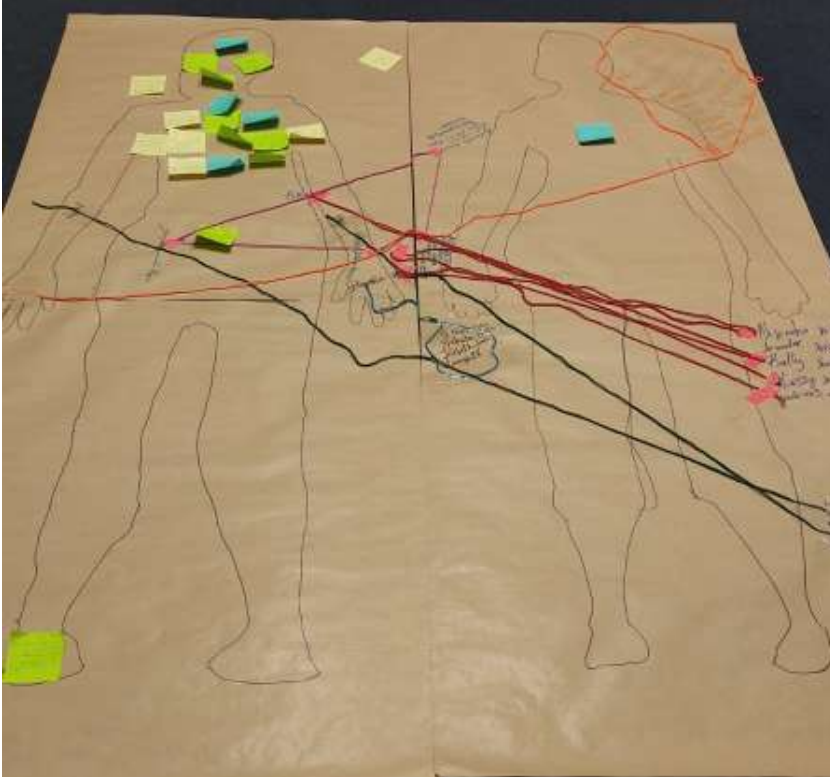


Figura 1. Contornos de cuerpos sobre los que se aplica la metodología

La actividad comienza con una dinámica “rompehielo” en la que se invita a las participantes a presentarse, a contar de dónde vienen y compartir con el resto de las participantes alguna actividad que les gustara realizar. A pesar de que las participantes no se conocían entre ellas, espontáneamente, cada persona al decir de dónde venía, relató las circunstancias que le llevaron a migrar, incluyendo episodios del viaje.

Si bien la idea era que estos relatos aparecieran en la segunda parte de la actividad, el hecho de que surgieran espontáneamente al

inicio sirvió para conectar de inmediato con la experiencia del viaje, lo que probablemente ayudó a responder las preguntas que guiaron la realización de la corpocartografía. Dados los límites de tiempo, como primera actividad les pedimos que en un *post-it* identificaran situaciones del viaje asociadas al binomio tristeza-alegría, incluyendo también miedo-protección si lo deseaban, y que los situaran en las partes del cuerpo en que se sentían esas emociones o sensaciones. Las participantes rápidamente empezaron a pensar, comentar y escribir, y pronto la primera silueta estuvo completamente “habitada” por *post-its* que visualmente se concentraban en la cabeza, pecho y vientre.

### **“EL MIEDO EN TODO EL CUERPO”**

Los relatos entorno al miedo son los más numerosos y suelen situarse en la zona del pecho, el vientre, en la cabeza y algunos hacen alusión a todo el cuerpo. Las asociaciones con el origen del miedo son en ocasiones genéricas, como “miedo a que pasara algo”:

Tenía mucho miedo que me pasara algo en el camino a mí o a mis hijos, a caer, a que pasara algo en toda esa oscuridad, caminando tan de noche (Daisy, Venezuela, 31 años, miedo situado en el vientre).

El momento de más miedo fue cuando estaba pasando el desierto, todo ese desierto tan grande y yo con tantos niños (Celia, Colombia, 43 años, miedo situado en todo el cuerpo).

Pero también hay asociaciones del miedo con episodios concretos, como miedo a enfermedades, a ser detenidos, asaltados o a poner en riesgo la vida de los niños:

Yo sentí mucho miedo en la frontera de Chacalluta, cuando los PDI nos negaron la entrada del refugio y, con las necesidades que teníamos, no sabía cómo apoyar a mi familia, tenía miedo de no saber qué hacer (Jhanys, 25 años, Colombia, miedo situado en la cabeza).

Miedo sentí cuando veníamos en una mula<sup>2</sup>, todos cargados y tan rápido; sentía que me iba a dar un infarto, tenía miedo de cuando

---

1 A partir de este punto todos los relatos reportados corresponden a testimonios anonimizados de mujeres que participaron en el taller de corpocartografía realizado en diciembre 2024 en las dependencias de FASIC, Santiago de Chile.

2 En este caso se refiere al transporte, tipo camiones, camionetas, etc. que lleva a migrantes por vías irregulares, ya sea por un pago en dinero, especies o bajo otras formas de extorsión.

llegáramos a la frontera y que nos dejaran entrar para salvar la vida (Nuria, Venezuela, 32 años, miedo situado en el pecho).

Cuando mi bebé de nueve meses vomitó en la lancha [en] Bolivia y se me quedó dormido que me dio susto, pensé que se iba a morir, ahí en mis brazos, en esa lancha (Karlys, Venezuela, 26 años, miedo situado en el pecho).

Desde Perú vengo con una úlcera en el pie, hasta que llegué en Colchane se me durmió mi pie, sentí miedo que lo iba a perder, que esa herida me iba a comer mi pie, tenía la pierna muerta, muerta, no siento, hasta ahora ahí no siento (Lorena, Venezuela, 38 años, miedo situado en el pie).

Como se evidencia, el miedo aparece en relatos asociado con tramos del viaje específicos (el desierto, la noche), las condiciones de movilidad (caminar, montarse en una “mula”), sufrir enfermedades y accidentes o incluso ver morir a seres queridos como los propios niños.

### **“LA TRISTEZA DE DEJARLO TODO”**

La tristeza también es mencionada por las participantes, principalmente vinculada con separaciones o pérdidas. Muchas de las migraciones de estas mujeres están asociadas con separaciones temporales o definitivas de seres queridos, como hijos, parejas, padres, amigos, etc. Llama la atención que, al igual que en las narraciones de niños/as, las mascotas también aparecen como objeto de tristeza y nostalgia:

Mi tristeza más grande fue en Arica, cuando me tocó dejar a mi perrita Sol de tres meses para no tener que dormir en la calle con la niña, porque en el albergue no la aceptaban (Jhanys, Colombia, 25 años, tristeza situada en el pecho).

El haberme separado del padre de mis hijos y no poder tener a mis niños conmigo por la situación (Daisy, Venezuela, 31 años, tristeza situada en el pecho).

Dejar a mi familia y empezar una nueva vida en un país tan lejos de nuestros seres queridos (Karlys, Venezuela, 26 años, tristeza situada en el pecho).

Sentí tristeza cuando me tocó que dejarlo todo atrás (Celia, Colombia, 43 años, tristeza situada en el pecho).

Además de tristeza por separaciones y pérdidas, la emoción también aparece asociada con situaciones específicas de salud y al contexto particular que configuró la pandemia por COVID-19, en la que muchas de estas migrantes vivieron la pérdida de sus familiares a distancia, sin que fuera posible realizar despedidas, ni funerales:

Mi mayor tristeza fue perder mi bebé, ya que tuve un aborto en el viaje y aún no me recupero 😞 (pone una carita triste con lágrimas) (Lorena, Venezuela, 38 años, tristeza situada en la cabeza).

Me dio mucha tristeza recibir la noticia de mi tía, de su partida de ella. Eso dolió mucho, saber que había muerto y yo no había podido ni despedirme (Nuria, Venezuela, 32 años, tristeza situada en la cabeza).

Solo en una ocasión, la tristeza fue asociada con depresión y con un estado de ánimo persistente, relacionado con la sensación de desorientación e incerteza respecto del futuro:

Ahorita mismo estoy pasando por una depresión muy grande porque pues dejé toda una vida por su vida, y llegar aquí como yo ahora qué hago, quién soy, dónde voy, qué va a ser de mi vida (Jhanys, Colombia, 25 años, tristeza situada en el pecho).

A diferencia del miedo, la tristeza se sitúa principalmente en la cabeza y pecho, probablemente asociada con la sensación corporal que produce y con los incesantes pensamientos que relatan las mujeres respecto de recuerdos de lo que sucedió y las incertezas respecto del futuro.

### **“LA ALEGRÍA DE LLEGAR”**

A pesar de todas las dificultades, la alegría también está presente en los relatos, principalmente asociada con algunos episodios que suceden en tránsito y en el destino:

Mi alegría más grande fue haber llegado a Santiago, bien, con mis hijos y que se encontraran con su papá, me llenó de alegría (Daisy, Venezuela, 31 años, alegría situada en la cabeza).

Cuando atravesamos, cuando llegamos a Chile fue como: “¡Uuh! ¡Qué alegría!”, y después saber que nos habían aceptado solicitar el refugio (Jhanys, Colombia, 25 años, alegría situada en el pecho).

Otras sensaciones de alegría están vinculadas con el bienestar de los hijos y el logro de metas, como conseguir trabajo y estabilidad: “Ver a

mis hijos con mucho amor y ánimo por una vida y estabilidad mejor, con trabajo, con hogar. Fue lo mejor del viaje” (Karlys, Venezuela 26 años, alegría situada en el pecho). La presencia de redes de apoyo y acogida también está vinculada con la alegría, con la sensación de un logro obtenido: “Yo sentí mucha alegría cuando pasamos la frontera y nos dieron refugio, además nos ayudaron mucho y mi familia y yo nos acogimos y le dimos muchas gracias a Dios por todas las bendiciones” (Karlys, Venezuela 26 años, alegría situada en el pecho).

### **“SALIENDO ADELANTE, PUES”**

Es interesante mencionar que las sensaciones asociadas con la alegría también aparecieron como parte del diálogo surgido, cuando alguna de las participantes mencionó episodios tristes o dolorosos. En esta ocasión, las mujeres vincularon la alegría con sentimientos de esperanza, confianza y fe, siendo la dimensión religiosa importante para varias de ellas. Jhanys, por ejemplo, se define como “una guerrera”:

A veces pienso, Dios mío, si yo con uno [hijo] dormí en la calle y me tocó pedir, yo soy una mujer que he sido guerrera y no me dejé morir, eran tantos los miedos que traía, eran tantos los terrores que alguien me viera, me reconociera [se refiere a la persecución por conflicto armado en Colombia]. No sé, era algo como... todavía, creo yo, psicológicamente que me tiene así tan mal, pero yo digo, soy guerrera, tengo que salir de esto, vamos a salir (Jhanys, Colombia, 25 años).

Esta convicción de superar las adversidades está a menudo asociada con la fe en Dios o a una noción de destino superior, como explica Jhanys: “Siempre con las expectativas. Siempre. Siempre hay que pensar en que sí vamos a salir adelante, y que si Dios nos tiene aquí, es porque algo grande tiene para nosotros” (Jhanys, Colombia, 25 años).

O también está asociada con promesas de un porvenir económico mejor, como el que promete Talía a sus hijos: “Yo les digo a mis hijos, ‘no tenemos televisión’, yo le digo: ‘Papi, no se preocupe porque ahorita no tenemos, pero vamos a tener una tan grandísima que no nos va a entrar y la vamos a ver todos juntos’” (Talía, Perú, 31 años,).

La esperanza también aparece explícitamente cuando se habla de situaciones dolorosas, como la muerte de un sobrino adolescente en Colombia y la forma en que afectó la noticia a los niños de la familia durante el trayecto:

Eso es horrible, batallar con los niños. Y para ellos ha sido muy duro. Más que todo la muerte de mi sobrino les ha dado muy duro. Y saliendo adelante, pues. Bueno, a mí, Chile no me parece, no me han tratado

mal, la verdad. Pero, pues, igual como le digo, somos bastantes y nos ha costado ubicarnos en empleos fijos. Pero ahí estamos, agradeciéndole a Dios que... que nos han dado una vida tan.... Bendecidos, bendecidos y todo (Celia, Colombia, 43 años).

Agradecimiento por la posibilidad de estar en familia, seguros y con vida son elementos que se repiten en los relatos, aún de quienes enfrentan situaciones extremadamente precarias como Lorena, quien tiene que cuidar a su hija y madre, ambas enfermas, la niña con una enfermedad que la tiene semi-postrada al momento del encuentro:

Yo aquí estoy desempleada porque yo soy la cuidadora de ella (hija), yo soy la que la llevo a la consulta, la llevo al colegio, estoy pendiente de sus cosas, porque ella no sabe manipularse el pañal, tengo que ayudarla, todo eso. Aparte que yo soy enferma, a raíz de mi trayecto del viaje, yo me quedé fregada con una pierna que se me hizo problemas con la circulación. Ahorita estoy ocupada en mi casa, o sea, atendiendo a mi hija y a mi mamá que es otra niña, que tiene 78 años, y tiene Alzheimer, está entrando Alzheimer (...). Pero sabe, cuando estoy así como... bueno, salgo a caminar y me olvido que tengo que hacer tantas cosas, pienso gracias a Dios que tengo a mi mamá que está al lado mío, tengo a mis hermanas, porque hay otros que no tienen a nadie, mi hija podría haber muerto, pero aquí está conmigo, cada día es un milagro, una bendición (Lorena, Venezuela, 38 años).

También en esta dimensión aparecen menciones a la aventura que vivieron y la sensación de haber sido capaces de superar una hazaña:

Salí de Venezuela aproximadamente hace cinco años; llegué primero a Perú, en Perú tuve dos años, y luego viajé hacia acá con mis cuatro niños, por pasos no habilitados, dando la vuelta por Bolivia. Este trayecto para mí fue una... como una aventura, porque nunca pensé que iban a pasar todas esas cosas que viví, nunca pensé, pero tú lo haces. Uno tiene que no decaerse, y levantarse, y decirse sí puedo y hacer las cosas que sí se puede hacer. Es difícil, pero sí, si tú te lo propones, tú lo haces, tú lo logras y lo haces (Daisy, Venezuela, 31 años, alegría situada en la cabeza).

La sensación de aventura y alegría también emerge del recuerdo que dejó el viaje en la familia, incluso a partir de anécdotas familiares que son relatadas entre risas:

De la experiencia que nos pasó, la más que recordamos y nos reímos mucho, es el niño. El niño tenía dos añitos y se les llenaron los zapatos de arena, venía caminando, y se los quitó y los tiró, y cuando llegamos, le preguntamos ¿Y sus zapatos? ¡Yo los tiré porque estaban llenos de arena, y yo caminaba mal! [risas generales]. O sea, el niño de un año, camina, camina sin zapatos, para nosotros era duro, pero ellos lo tomaron como un paseo, como diversión (Celia, Colombia, 43 años).

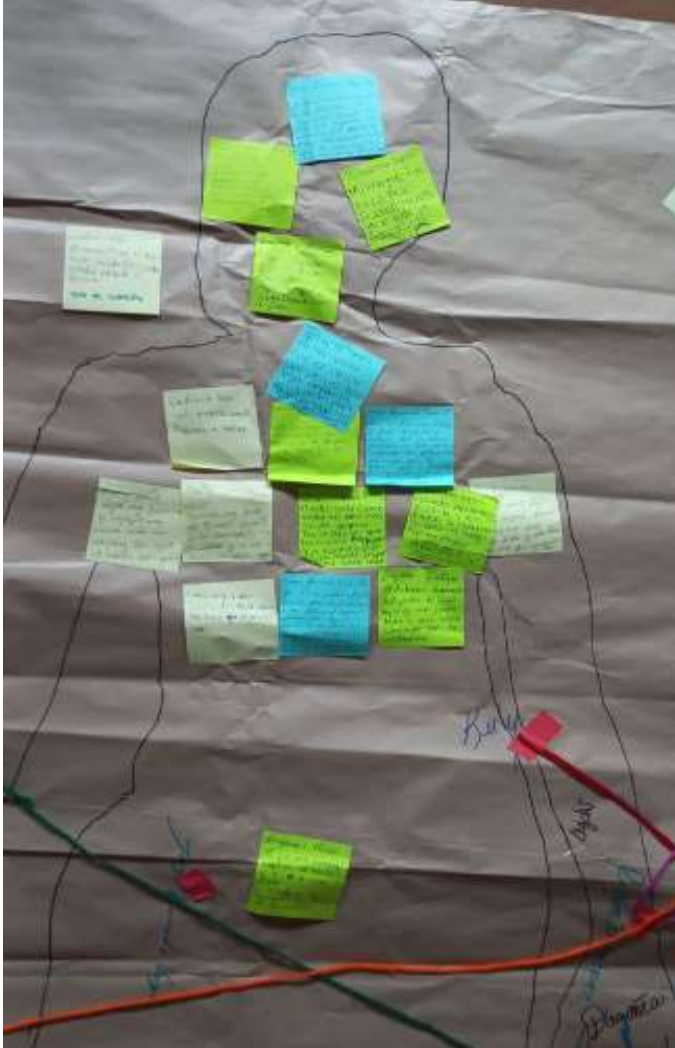


Figura 2. Emociones en el cuerpo que migra

### “NOS CUIDAMOS ENTRE TODOS”

En la segunda parte del taller se indica que miremos la silueta en la que se han puesto las emociones (Figura 2) y, a su lado, la que aún está vacía. La facilitadora del taller explica que la silueta vacía representa el cuerpo de quienes viajaron con las participantes, tanto adultos (parejas, hermanos, padres, madres, parientes, amigos, conocidos, etc.) como niños, niñas y adolescentes (hijos, hijas, sobrinos, ahijados, etc.).

Se les pide que piensen en quienes estuvieron bajo su cuidado durante el viaje. En un *post-it* cada una escribió los nombres y edades de esas personas y, luego de realizar ese ejercicio, les pedimos que lo pusieran en alguna parte de la silueta que se encuentra vacía. Luego de observar la gran cantidad de personas, nombres y edades que van apareciendo, les pedimos que con un hilo de lana unieran esos nombres con las partes del cuerpo anterior, donde se habían identificado las emociones, indicando las partes del cuerpo que estuvieron implicadas en el cuidado, preguntándoles: ¿dónde sentían el cuidado?, ¿qué partes del cuerpo se ponían a disposición del cuidado de estas personas?, ¿cómo se relacionan los cuerpos de ambas personas?

Las respuestas y los trazados de los hilos se despliegan entre las manos de uno a otro cuerpo, de las manos a los pies, del corazón al pecho, de la espalda al cuerpo entero y ofrecen una mirada sobre la dimensión física del cuidado, del transitar juntos como estrategia de resistencia frente a la ausencia de un Estado que no protege, frente a los riesgos y obstáculos que aparecen en la migración por fronteras irregulares. Karlys, por ejemplo, traza un hilo desde su mano, su brazo y sus piernas hacia el *post-it* en que aparecen los nombres de sus cuatro hijos: “Porque yo venía con cuatro hijos: una en brazos, una en la mano y los otros dos más grandecitos entre ellos se cuidaban, pero apegados a mis piernas, igual”. Jhanys, por su parte, dibuja un trazo directo entre el centro del cuerpo de la niña y su propio pecho: “Yo traía a cargo mi hija, siempre apegada a mí, nunca la soltaba”. Otro lugar en el que se observa la protección es en las manos, desde donde salen varios hilos hacia los cuerpos cuidados. Como explica Celia:

Somos un grupo grande con siete niños. La verdad la salida de nosotros fue por paso no habilitados (...). Los grupos armados nos siguieron mucho, entonces teníamos siempre que estar muy atentos. A mi hermana le mataron a su marido, y otro sobrino... no sabemos si vive o muere (...). Traíamos niños, el más pequeño de meses, otro de dos añitos (...). Y la verdad fue vivir una cosa... ellos vivieron algo que... una experiencia muy dura. Traíamos cargado a los pequeñitos y los

grandes también ayudaban. Todos nos cuidamos entre todos, a veces a cargar una mochila, a veces a cargar los niños. También caminaban los niños, porque te cansas (Celia, Colombia, 43 años).

Esta idea de que el cuidado es colectivo y se realiza mutuamente – incluidos niños, niñas y adolescentes que cuidan a sus cuidadores, parejas que se cuidan entre sí e incluso mascotas que son afectos importantes para mantener el bienestar de todos–, reaparece en el relato de Nuria, que pone a su pareja en la silueta de los sujetos de cuidado, pero también traza desde él una hebra hacia ella:

Él [pareja] cargaba a la niña y me cuidaba a mí. Aquí está la niña y yo, yo la agarraba de la mano de vez en cuando y así nos cuidábamos los tres [dibuja un triángulo entre los cuerpos]. Sí, porque por el camino había pues mucho peligro: cuando nos robaron la maleta, lo golpearon a él... entonces yo tuve que cuidarlo, pero cuando estaba angustiada llorando, él me cuidaba a mí y así (Nuria, Venezuela, 32 años).

Por último, Jhanys menciona lo importante que fue un perrito que adoptaron durante el viaje para su hija, y relata que dejarlo para poder ser ingresados a un albergue fue una gran tristeza, que les afectó a todos:

La perrita era la terapia de mi hija, ella también nos cuidaba, de alguna manera. La dejamos a una señora que nos prometió que la iba a devolver y cuando salimos ya dijo que se había arrancado, prácticamente nos la robaron (Jhanys, 25 años, Colombia).

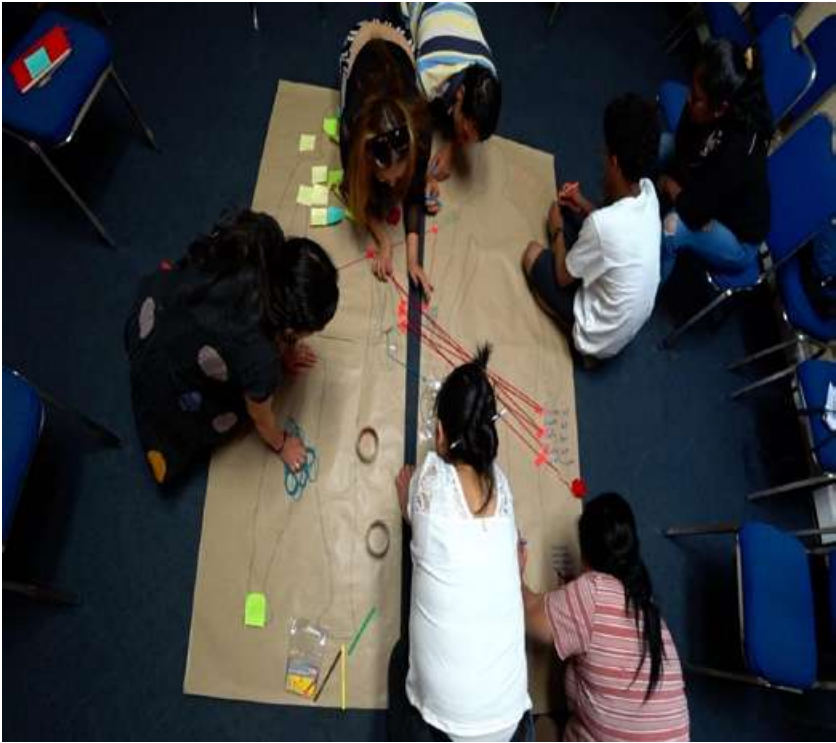


Figura 3. La triangulación del cuidado

Para realizar el cierre de la actividad, se invita a las participantes a observar las dos siluetas y las trayectorias de los hilos que se establecen al hablar de cuidados. Existen risas respecto a lo centrales que son las manos, las espaldas y las piernas, donde se concentran los hilos. También hay expresiones de asombro respecto de la cantidad de personas que se llevan a cargo y que participaron del proceso: “Una no se da cuenta todo lo que ha guerreado”, dice Celia.

Por último, luego de agradecer la participación, se genera un clima fraternal, de agradecimiento y despedida, de conversación alegre entre personas que previamente no se conocían, compartiendo alimentos antes de volver cada una a sus cotidianidades.

### **AFLICCIONES, CUERPOS Y RESISTENCIAS: REPENSANDO LA SALUD MENTAL DE MUJERES MIGRANTES**

Los relatos aquí recogidos han buscado reflexionar sobre las condiciones de salud mental de mujeres migrantes que ingresaron a Chile por pasos no habilitados y en las estrategias individuales y colectivas

de afrontamiento a estas aflicciones, a partir de la implementación de la metodología de corpocartografía (*bodymapping*). Es preciso recordar que el incremento registrado en este tipo de desplazamientos en nuestra región responde a un proceso histórico complejo, caracterizado por un endurecimiento de las políticas de países que solían recibir flujos migratorios del continente y la sobreposición de crisis políticas, ambientales, económicas y sanitarias que incrementó la necesidad de desplazamiento de grupos que por factores interseccionales, han sido históricamente “obligados” a la inmovilidad, como son mujeres empobrecidas viajando con niños, niñas y adolescentes. La reflexión que surge de estas metodologías toma dos direcciones: por una parte nos preguntamos, ¿cómo se relacionan los hallazgos con la mirada que los servicios de salud y la evidencia en salud pública tienen de las necesidades de salud mental de las mujeres migrantes? Y por otra, ¿son relatos acogidos por las ciencias sociales, en particular por los estudios migratorios, que han tendido a enfatizar los efectos de la violencia en las fronteras, con la consecuente victimización de los/as migrantes irregularizadas?, ¿es posible leer agencias y resistencias en sus trayectorias? Y si es así, ¿cómo se incorporan al abordaje de su salud mental?

Respecto al primer tema, los estudios sobre salud de mujeres migrantes, en particular en situación irregular, han tendido a identificar los riesgos y vulnerabilidades a los que ellas están expuestas y los desafíos que supone su inclusión en los sistemas sanitarios de los países de acogida, dado que enfrentan persistentes inequidades en acceso a diversas dimensiones de la salud, tales como salud sexual, reproductiva, salud mental, entre otros (Anderson et al., 2017; Angeleri, 2021; Vega-Gutiérrez et al., 2023).

Si bien estos estudios son fundamentales en términos epidemiológicos para identificar acciones prioritarias, la reproducción de esta concepción ha implicado que las mujeres migrantes son persistentemente consideradas, desde una mirada sanitaria, como sujetos “carentes de” o “necesitadas de” ciertas respuestas del sector salud. En este paradigma, las medidas sanitarias se reducen a mejorar el acceso, aumentar la cobertura y garantizar el ejercicio del derecho a la salud que ha sido suspendido durante el tránsito migratorio. Aun cuando estas medidas son esenciales, en tanto afirman el principio del derecho a la salud como derecho humano, sus límites radican en el hecho de analizar sus necesidades desde una perspectiva exclusivamente individual y amparada en un modelo de medicalización del sufrimiento (Morales Saéz, 2010; Cobeña Tallado, 2024), donde los síntomas son clasificados e ingresados en categorías diagnósticas a incluir en la máquina de provisión de servicios de atención psicológica y psiquiátrica que representan los sistemas sanitarios.

Al contrario, en los hallazgos que aquí presentamos, las emociones –incluso cuando se refieren a emociones extremas como sensaciones de terror y muerte o que continúan en el tiempo, como en el caso de Jhanys– están asociadas con situaciones específicas relacionadas con condiciones adversas enfrentadas en el país de origen, durante el viaje o en el contexto de llegada: condiciones que hablan de abandono, falta de protección, inseguridad, precariedad y violencia de diversos tipos. En todos los relatos, el afrontamiento de estas dificultades está asociado con una acción colectiva, ya sea por las redes de apoyo articuladas en el viaje, por las familias, por afectos no-humanos como el de los animales o por creencias religiosas que permiten mantener la fe, expectativas y esperanzas.

Respecto a lo segundo, desde las ciencias sociales, la migración forzada tiende a ser descrita desde un paradigma similar al que produce la razón humanitaria definida por Didier Fassin (2010). Es decir, las migrantes (especialmente cuando se trata de mujeres, niños, niñas y adolescentes) son descritas principalmente como víctimas, cuerpos traficados, vulnerables y necesitados que sufren las consecuencias de diversas formas de violencia estructural (Beneduce, 2008), una violencia que se vio exacerbada en las fronteras durante la crisis por COVID-19.

La imposibilidad de acudir a asistencia médica, la necesidad de esconderse, de permanecer en espacios de confinamiento, de aceptar pactos con redes criminales, de tráfico y trata de personas son elementos que se repiten en diversos puntos de las migraciones de los países de las Américas en este período y hasta nuestros días (Concha, 2020). Estos factores podrían considerarse parte de lo que Galtung (1969) llamó tempranamente “violencia estructural”, concepto que ha ido evolucionando y acercándose también a los estudios migratorios, en cuanto los Estados-nación que monopolizan el ejercicio de la violencia a través del contrato social hobbesiano, son también “los garantes de la forma de producir y reproducir la desigualdad y la dominación a escala universal que representa el sistema mundo capitalista” (Zamora, 2018 p. 26). En las fronteras, la mantención de dicho orden implica ejercer un tipo de violencia que suspende la condición humana de quienes las atraviesan por vías irregulares, despojándoles del derecho a vivir y dejándoles morir (Aguilar-Idáñez, 2017). Si bien estas interpretaciones sostienen la innegable politicidad de la producción del sufrimiento entre las mujeres participantes, parecen no ser suficientes para retratar las formas de resistencia y afrontamiento que emergen al momento de realizar ejercicios conjuntos en los que se habla de estas experiencias, sus emociones y memorias.

Los relatos que aquí presentamos dan cuenta de la dimensión colectiva que se encuentra tanto en la expresión de las aflicciones, como

en la organización de estrategias para afrontarlas. Las mujeres son capaces de identificar miedos, tristezas, angustias, culpas y sensaciones de muerte, asociándolas con partes determinadas del cuerpo y con riesgos específicos que se generan en la zona liminal que representan las fronteras irregulares. Estos espacios, si bien están regidos por la ya descrita lógica de “dejar morir o hacer morir”, son en los que las mujeres y sus familias también luchan por el derecho a la continuidad de la vida. Son lugares en los que la proximidad de la muerte se experimenta en diálogo con la afirmación de valores como la esperanza, la solidaridad, el cuidado colectivo e incluso el humor. La sensación de terror a morir, a vivir un accidente, a ver afectados sus cuerpos o incluso a ver morir a los propios hijos, dialoga también con emociones como el orgullo de “ser una guerrera”, de haber alcanzado “un logro”, “una aventura” y de estar “bendecidas” por el hecho de estar vivas, de poder estar junto a sus familias y de incluso poder prometer que pronto tendrán un “televisor grandísimo, para ver todos juntos”.

Pocas veces estas dimensiones son consideradas tanto por los estudios migratorios, como por los equipos de salud, quienes suelen leer la migración principalmente en cuanto demanda de servicio. Al contrario, la potencia de estos relatos nos habla no solo de la agencia de estas mujeres y del tránsito migratorio como forma de resistencia al destino de inmovilidad al que están confinadas, sino también de la necesidad de acoger sus propias interpretaciones del proceso migratorio, que conjugan tanto elementos de opresión como de resistencia, creatividad y esperanza.

Para las “disciplinas de la psi” y para la propia antropología, estas formas de entender las aflicciones desde una perspectiva colectiva suponen formas de colaboración interdisciplinaria que no suelen ocurrir en los espacios terapéuticos. Como se observó en los relatos, las mujeres valoran el cuidado colectivo y no solo se sienten proveedoras de cuidados, sino que también objeto de este, por parte de sus hijos, parejas e incluso sus mascotas. En sus relatos acuden a dimensiones religiosas para interpretar el dolor y la opresión, así como mantienen expectativas y esperanzas al centro de su proyecto migratorio, aun cuando este haya sido lacerado por las diversas injusticias de los regímenes globales de movilidad.

En este sentido, creemos que, sin caer en el riesgo de despolitizar el debate sobre el sufrimiento psíquico de las personas en movilidad, es necesario repensar las aflicciones, su origen y estrategias de afrontamiento desde un paradigma diverso al que reproduce su victimización o al que medicaliza su sufrimiento. Desde nuestra experiencia, surge la necesidad de acoger estos relatos y darles un estatus epistemológico, entendiendo que la lucha por la continuidad de la vida, ahí donde

ha sido abandonada, es también una estrategia política que existe y persiste entre núcleos que se mueven por fronteras irregulares.

### **REFLEXIONES FINALES**

El ejercicio aquí presentado tuvo como objetivo reflexionar sobre temas de salud mental de mujeres migrando por fronteras irregulares. En términos metodológicos, el *bodymapping* –a diferencia de las metodologías cualitativas tradicionales como entrevistas, observación y etnografía– permitió realizar un ejercicio colectivo de conversación y visualización de las emociones, traduciéndolas en el lenguaje de lo corpóreo. Más que hablar abstractamente de emociones, la metodología permite identificar sus expresiones más concretas, asociándolas con dimensiones físicas “incorporadas” (*embodied*) como el dolor, la enfermedad, el placer y la risa. Por otra parte, la posibilidad de generar la conversación a partir de un ejercicio en el que objetos familiares como papel, lápiz, papelógrafo y lana se ponen en acto, generó menos tensión e incomodidad al hablar de emociones. Igualmente, la posibilidad de proyectar visualmente el cuidado y de compartir experiencias comunes, permitió compensar la jerarquía entrevistador (no migrante) - entrevistado (migrante) que suele crearse en investigaciones de este tipo. Mayores implicaciones de este tipo de metodologías en el campo de los estudios migratorios y de la antropología de la salud deben ser indagados, incluyendo muestras mayores a las aquí incluidas.

Por otra parte, los resultados aquí expuestos indican que las intervenciones terapéuticas y el acercamiento a la salud mental de estos grupos deben considerar que la migración en estas condiciones supone innegables riesgos y laceraciones, pero también está forjada de estrategias, confianzas, proyectos, esperanzas y cuidados que trascienden el propio cuerpo individual. La presencia de estrategias de afrontamiento religiosas, el estrechamiento de redes parentales y la reconfiguración de nuevos vínculos son elementos relevantes a considerar previamente a la generación de un diagnóstico y un tratamiento, considerando las pertenencias múltiples y las estrategias de afrontamiento que han desarrollado mujeres que, contra todos los regímenes de movilidad, siguen disputando su derecho a trazar una biografía propia en este mundo.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Agamben, Giorgio (1998). *Homo Sacer*. Torino, Einaudi.
- Aguiar-Idáñez, María José (2017). Tanatopolíticas migratorias en España y la UE: La elección de la barbarie. En *Derechos Humanos en la Frontera Sur* (pp. 15-33). Sevilla, Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía.

- Anderson, Fraser M.; Hatch, Stephani L.; Comacchio, Carla y Louise M. Howard (2017). Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 20(3), 449-462. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0723-z>
- Angeleri, Stefano (2021). Access to health care for Venezuelan irregular migrants in Colombia: Between constitutional adjudication and human rights law. *The International Journal of Human Rights*, 0(0), 1-27. <https://doi.org/10.1080/13642987.2021.2002303>
- Astorga, Sofía Magdalena; Cabieses, Báltica; Carreño Calderon, Alejandra y McIntyre, Ana María (2019). Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, 3(1). <https://doi.org/10.34052/rispch.v3i1.49>
- Bacigalupe, Amaia; Cabezas, Andrea; Bueno, Mikel Baza y Martín, Unai (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, (34), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Banco Mundial (2022). *Encuesta Nacional de Migración 2022*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099005001122338775/pdf/P1757800d2bef906f0903e099fa7dd63868.pdf>
- Beneduce, Roberto (2008). Undocumented bodies, burned identities: Refugees, sans papiers, harraga – when things fall apart. *Social Science Information*, 47(4), 505-527. <https://doi.org/10.1177/0539018408096444>
- Blukacz, Alice; Cabieses, Báltica y Markkula, Niina (2020). Inequities in mental health and mental healthcare between international immigrants and locals in Chile: A narrative review. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01312-2>
- Bustamante, Isabel (2017). Desigualdades que atraviesan fronteras. Procesos de inserción laboral de mujeres haitianas al mercado de trabajo en Chile. *Sophia Austral*, 20, 83-101. <https://doi.org/10.4067/S0719-56052017000200083>
- Calderón-Jaramillo, Mariana; Parra-Romero, Diana; Forero-Martínez, Luz Janeth; Royo, Marta y Rivillas-García, Juan Carlos (2020). Migrant women and sexual and gender-based violence at the Colombia-Venezuela border: A qualitative study. *Journal of Migration and Health*, 1-2, 100003. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100003>
- Calquin, Claudia; Galaz, Caterine y Magaña, Irene (2022). Intervención y familias migrantes: Análisis crítico de la “vulnerabilidad” desde

- los/las profesionales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 20(2), <https://doi.org/10.11600/rlcsnj.20.2.5326>
- Carreño Calderon, Alejandra; Bluckaz, Alice y Cabieses, Báltica (2024). Unravelling the potential relationship between the climate crisis and the health of migrant children in LAC: Perceptions from migrant parents and healthcare professionals in Chile. *BMJ Paediatrics Open*, 8(1), e002899. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2024-002899>
- Carreño, Alejandra; Obach, Alexandra y Correa, Eliana (2023). “Viajar para estar mejor”: Trayectorias migratorias de niños, niñas y adolescentes que han ingresado por paso no habilitado a Chile durante la crisis por COVID-19. *Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud*, 3(1). <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/article/view/43>
- Carreño, Alejandra; Cabieses, Báltica; Obach, Alexandra; Correa, Eliana y Galvez, Piedad (2022). Maternidad y salud mental de mujeres haitianas migrantes en Santiago de Chile: Un estudio cualitativo. *Castalia*, (38). <https://revistas.academia.cl/index.php/castalia/article/view/2276>
- Carreño Calderón, Alejandra; Correa Matus, María Eliana; Urrutia, Carla y Cabieses, Báltica (2021). “Te recomiendo que esperes”: Burocracia y salud en solicitantes de asilo y refugiados de origen Latinoamericano en Chile. *Revista Chilena de Antropología*, (43), 113-130. <https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64435>
- Carreño, Alejandra; Blukacz, Alice; Cabieses, Báltica y Jazanovich, Diego (2020). “Nadie está preparado para escuchar lo que vi”: Atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile. *Salud Colectiva*, 16, e3035. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3035>
- Carrère Álvarez, Cristián y Carrère Álvarez, Michelle (2015). Inmigración femenina en Chile y mercado de trabajos sexualizados: La articulación entre racismo y sexismo a partir de la interseccionalidad. *Polis (Santiago)*, 14(42), 33-52. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682015000300003>
- Centro Nacional de Estudios Migratorios de la Universidad de Talca (2022). *Inclusión laboral según género de los migrantes en Chile*. <http://www.cenem.utralca.cl/docs/publicaciones/Informe%20Inclusion%20laboral%20segun%20genero%20de%20los%20migrantes%20en%20Chile.pdf>
- Cobeña Tallado, Rosa (2024). Medicalización y Salud Mental: El Rol de los Psicofármacos en el Sufrimiento Psíquico. *Sapiens in Health Sciences*, 1(2).

- Concha, Nanette Liberona (11 de octubre de 2020). Fronteras y movilidad humana en América Latina. *Nueva Sociedad*. <https://nuso.org/articulo/fronteras-y-movilidad-humana-en-america-latina/>
- Decreto N° 67. Modifica decreto no 110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes. Ministerio de Salud. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1088253>
- Eguiluz, Itzel (2021). Entre Ulises y Penélope: Integrar la perspectiva de género en los estudios sobre la salud mental de las mujeres migrantes. *REMHU: Revista Interdisciplinaria de Movilidad Humana*, 29(63), 159-177. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006310>
- Fassin, Didier (2010). *La Raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Seuil, Gallimard.
- Galtung, Johan (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191.
- Glockner Fagetti, Valentina (2019). Las caravanas migrantes como estrategia de movilidad y espacio de protección, autonomía y solidaridad para los adolescentes centroamericanos. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales*, (27) 30.
- Guizardi, Menara Lube, Gonzalez, Herminia y Stefoni, Carolina (2018). De feminismos y movibilidades. Debates críticos sobre migraciones y género en América Latina (1980-2018), *Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*, (18), <https://revistafacso.ucecentral.cl/index.php/rumbos/article/view/6>
- Jimenez-Molina, Álvaro; Abarca-Brown, Gabriela y Montenegro, Cristian (2019). “No hay salud mental sin justicia social”: Desigualdades, determinantes sociales y salud mental en Chile. *Revista de Psiquiatría Clínica*, (57), 1-2. <https://revistapsiquiatriclinica.uchile.cl/index.php/RPSC/article/view/65638>
- Luckett, Thembi y Bagelman, Jen (2023). Body mapping: Feminist-activist geographies in practice. *Cultural Geographies*, 30(4), 621-627. <https://doi.org/10.1177/14744740231179479>
- Magliano, María José (2015). Interseccionalidad y migraciones: Potencialidades y desafíos. *Revista Estudios Feministas*, 23(3), 691-712. <https://doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n3p691>
- Meñaca, Arantza (2006). Familias rotas y problemas de salud. La medicalización de las familias migrantes ecuatoriana. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 161-178.
- Morales Saéz, Nicolás (2010). El cuerpo, la medicina y la tecnociencia: Apuntes históricos sobre la medicalización. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, (3). <https://relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/86>

- Murray, Aisling; Smith Scott, Dominic; Mahala, Milena; Porricelli, Daniele; van Loggerenberg, Francois; Ougrin, Dennis y Lau, Jennifer Y.F. (2025). Children's emerging concepts of resilience: Insights from using body mapping in an East London cohort sample of 7-10-year-old children. *Frontiers in Psychology*, (15). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1408771>
- Organización Internacional para las Migraciones (2023). *Muertes y desapariciones de migrantes*. Portal de Datos sobre Migración. <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/muertes-y-desapariciones-de-migrantes>
- Servicio Nacional de Migraciones (SERMIG) (2023). *Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras residentes en Chile*. <https://serviciomigraciones.cl/estudios-migratorios/estimaciones-de-extranjeros/>
- Servicio Jesuita Migrante (SJM) (2022a). *Anuario de estadísticas migratorias*. <https://sjmchile.org/wp-content/uploads/2023/12/Anuario-Migratorio-2022.pdf>
- Servicio Jesuita Migrante (SJM) (2022b). *Balance de Movilidad Humana 2018-2022*. <https://sjmchile.org/2022/07/19/el-ingreso-irregular-de-menores-se-triplica-en-chile-en-un-ano/>
- Sheller, Mimi (2018). *Mobility Justice. The politics of movement in an age of extremes*. Londres, Verso.
- Stefoni, Carolina y Stang, Fernanda (2017). La construcción del campo de estudio de las migraciones en Chile: Notas de un ejercicio reflexivo y autocrítico. *Íconos, Revista de Ciencias Sociales*, (58), 109. <https://doi.org/10.17141/iconos.58.2017.2477>
- Vatter, Miguel (2006). Natality and biopolitics in Hannah Arendt. *Revista de Ciencia Política (Santiago)*, 26(2). <https://doi.org/10.4067/S0718-090X2006000200008>
- Vega-Gutiérrez, María Margarita; Fernández-Niño, Julián Alfredo y Rojas-Botero, Maylen Liseth (2023). Determinantes del peso al nacer en hijos de mujeres venezolanas migrantes irregulares en Barranquilla y Riohacha. *Revista de Salud Pública*, 22, 400-406. <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2020.v22n4/400-406/es>
- Zamora, José A. (2018). La violencia estructural: Defensa de un concepto cuestionado. *Revista de pensamiento personalista y comunitario*. [https://digital.csic.es/bitstream/10261/184720/4/Violencia\\_estructural.pdf](https://digital.csic.es/bitstream/10261/184720/4/Violencia_estructural.pdf)

Elisa Alegre-Agís, Asun Pié Balaguer,  
Miguel Salas Soneira

**CUIDADORAS TOTALES,  
MADRES PANÓPTICAS<sup>1</sup>  
MANDATOS DE GÉNERO Y PROYECCIÓN  
INSTITUCIONAL EN MADRES CUIDADORAS  
DE PERSONAS PSIQUIATRIZADAS**

**INTRODUCCIÓN**

*Nuestro contexto adolece de una ocultación sistemática del sufrimiento y la vulnerabilidad, es preciso evidenciar su carácter público y colectivo, problematizar estos ocultamientos, negaciones o rechazos, no necesariamente para condenarlos, sino para comprender las causas de las dificultades de gestión y activar, con ello, modos de cuidado colectivo.*

(Pié Balaguer, 2019, p. 33)

---

1 Proyecto “CUSAM: Mujeres cuidadoras de personas con trastorno mental grave: retos para un cuidado democrático y colectivo” del Instituto de las Mujeres, concesión de subvenciones públicas destinadas a la realización de Investigaciones Feministas para el año 2023, y referencia 01560-01302650. Esta publicación es parte de la ayuda JDC2022-049803-I, financiada por MCIN/AEI/10.13039/501100011033 y por la Unión Europea “NextGenerationEU/PRTR”.

Si bien el cuidado no entraña *per se* el abuso, la dominación, el control o la subordinación, la posibilidad de que emerjan o se amplifiquen dependerá de las condiciones en las cuales se ejerce el cuidado. Las madres cuidadoras de personas psiquiatrizadas, especialmente las diagnosticadas de Trastornos Mentales Graves (TMG) de acuerdo con la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013, APA, por sus siglas en inglés), se ven en situación de cuidar sin que sus saberes y experiencias –y las de quienes cuidan– sean escuchados ni incorporados en los procesos de tratamiento y recuperación desde el sistema de salud mental (Martínez-Hernández et al., 2020). La sobrecarga, la concepción abnegada y diádica del cuidado (persona cuidada-cuidadora principal), el aislamiento social, la falta de apoyos formales e informales, entre otras cuestiones, dan como resultado unas condiciones de cuidado problemáticas para las personas psiquiatrizadas y las cuidadoras (Alegre-Agís et al., 2022).

En este texto partimos de la idea de que sobre las madres cuidadoras convergen, entre otros, dos dispositivos de poder fundamentalmente. Por un lado, el dispositivo de género (Amigot Leache y Pujal i Llombart, 2009), con el mandato arraigado de “buena mujer” y “buena madre” que reclama sacrificio a cualquier coste. Por otro lado, el dispositivo de poder psiquiátrico (Foucault, 2005) “encarga” a las cuidadoras funciones e instrucciones sobre cómo “atender” en casa: velar por la “adherencia al tratamiento”, construir “conciencia de enfermedad”, supervisar y controlar los supuestos síntomas de la enfermedad, entre otras prácticas cotidianas, representan actuaciones propias de las dinámicas y lógicas manicomiales y custodiales. La intensidad con la que operan ambos dispositivos acaba por convertir los hogares en *instituciones domésticas totales* (Alegre-Agís, 2017, 2021).

En este contexto, “la relación de cuidado” se transforma, a su vez, en parte de un dispositivo de poder propio que actúa en una doble dirección. A saber: las madres cuidadoras se encuentran, simultáneamente, en situación de receptoras y reproductoras del poder psiquiátrico-institucional y patriarcal. Imbricados, sus mandatos modelan las relaciones intrafamiliares provocando cuidados en tensión, problemáticos, en los que incluso puede emerger la violencia. Nuestro objetivo es rastrear la captura (o el intento) de las identidades de las mujeres madres cuidadoras, convirtiéndolas en *cuidadoras totales*, cuyos deseos, necesidades y criterios propios se verán sujetos a estos dispositivos. Se produce así un arquetipo de *madre panóptica* que todo debe verlo, controlarlo, hacerlo, resolverlo.

Bajo estas premisas, recorreremos la materialidad e inmaterialidad de estos patrones de cuidado, identificando el aislamiento, la vigilancia, las coerciones o el control como productos iatrogénicos de

la proyección de la “institución psiquiátrica” en el hogar. En estas circunstancias emerge una microfísica del poder (Varela y Álvarez-Uría, 1980) de la vida cotidiana que produce unos cuidados caracterizados por la mutua sujeción y dominación. A la vez, dentro de la malla de poder que configura la institución doméstica total se producen fugas, torsiones y desviaciones por las que discurren diferentes resistencias y desobediencias al mandato patriarcal-psiquiátrico. Estas subversiones son, con frecuencia, el resultado de un tipo de agencia que, anudada en el saber con base en la experiencia y en el diálogo, abre condiciones de posibilidad para transformar las relaciones del cuidado.

Para este capítulo recurrimos a las narrativas de mujeres madres cuidadoras de sus hijos e hijas psiquiatrizadas, participantes del proyecto Mujeres cuidadoras de personas con trastorno mental grave: retos para un cuidado democrático y colectivo (CUSAM)<sup>2</sup>, donde analizamos las relaciones de cuidado en el espacio doméstico y en su relación con la red pública de servicios de salud mental en Cataluña, España. Este estudio emergió de una investigación anterior<sup>3</sup> (Martínez-Hernández et al., 2020, 2020b; Alegre-Agís et al. 2022; Serrano Miguel et al., 2020) que reveló la complicada situación de las familias y sus cuidadoras principales. El proyecto CUSAM está enmarcado en el campo de la antropología feminista, la antropología médica crítica y el paradigma de la salud mental colectiva, cuyo posicionamiento epistemológico reivindica la necesidad de un pluralismo complementario y horizontal entre saberes (Pié Balaguer et al., 2021).

---

2 La investigación cuenta con el informe favorable del *Comitè d'Ètica de la Universitat Oberta de Catalunya*. Todo el procedimiento metodológico del trabajo de campo y realización del análisis ha seguido los criterios COREQ para entrevistas cualitativas (Tong et al., 2007) y cumple con Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. La investigación ha contado con un grupo motor que ha asesorado y supervisado todo el proceso, conformado por representantes profesionales de la psiquiatría, trabajo social, cuidadoras y cuidadores, así como personas psiquiatrizadas e integrantes del equipo de investigación.

3 Proyecto de investigación *La gestió Col·laborativa de la Medicació: un projecte de recerca i acció participativa en salut mental* (URV-UOC). RecerCaixa 2016. Participació ciutadana en les polítiques sanitàries (2017-2020). Este proyecto se realizó con personas psiquiatrizadas y consumidoras de psicofármacos, sus familias cuidadoras y profesionales de la salud mental, cuyos resultados sirvieron para la realización de la “Guía para la Gestión Colaborativa de la medicación en salud mental”. Esta guía está dirigida a las personas psiquiatrizadas, con el fin de facilitar un espacio de reflexión y diálogo acerca del papel que la medicación psiquiátrica tiene en la vida de las personas, de manera colaborativa, entre quien consume los psicofármacos, sus familias o personas de apoyo y profesionales. Busca impulsar la capacidad de las personas con experiencias de sufrimiento mental en la toma de decisiones sobre su tratamiento y la humanización de las prácticas de cuidado en salud mental por parte de los/las profesionales.

El proyecto se llevó a cabo desde una metodología cualitativa etnográfica, con un enfoque participativo, caracterizado por incorporar a las personas afectadas en todas las fases del proceso de investigación. Las participantes son mujeres que ejercen como cuidadoras principales de personas adultas diagnosticadas de TMG, priorizando a aquellas que conviven con la persona cuidada y que llevaran al menos cinco años de cuidado<sup>4</sup>. Se realizaron veinte entrevistas; cuatro grupos de discusión y otras conversaciones con carácter divulgativo<sup>5</sup> con las mujeres cuidadoras, y dos grupos de discusión con profesionales de la salud mental, tanto del ámbito sanitario como social. Por otro lado, se hicieron grupos focales con profesionales activos laboralmente en la red de atención a la salud mental de Catalunya y en Servicios Sociales.

### **EL FAMILISMO Y LA IATROGENIA: LOS SERVICIOS, EL ESPACIO DOMÉSTICO Y LOS CUIDADOS**

La desmanicomialización en España fue tardía en relación con las reformas europeas de los años 60 y 70. España tuvo que esperar al fin de la dictadura franquista y a la transición democrática para tener debate acerca de las condiciones de las instituciones psiquiátricas, ya iniciados los años 80. Las corrientes críticas con el custodialismo y el modelo manicomial habían permeado en las décadas anteriores, a través de las visitas de psiquiatras a Trieste y Gorizia para conocer los proyectos *basaglianos*, o bien a través de lecturas autodidactas<sup>6</sup> de algunos sectores de psiquiatras críticos y politizados –mayoritariamente en la izquierda y el anarquismo clandestinos durante 40 años de dictadura– (Alegre-Agís et al., 2018).

La Reforma Psiquiátrica no se materializará hasta 1986 con la Ley General de Sanidad, cuya base determina que las personas vivan en sus casas, con sus familias (aquellos que la tienen), e incluyó la

---

4 Las cuidadoras participantes tienen una media de edad de 73,5 años, la más joven con 47 y la mayor con 81; la mitad de ellas está casada, y la otra mitad viudas o divorciadas. Aproximadamente, la mitad tiene estudios secundarios, la otra mitad estudios primarios, unas pocas estudios superiores y una de ellas no ha estado escolarizada. La mitad podrían ubicarse en clase media, y la otra mitad se divide entre clase alta y clase baja; la mayoría está jubilada, prejubilada, o no está activa laboralmente, solo una de ellas trabaja actualmente. Por último, la mayoría de ellas lleva ejerciendo como cuidadora principal más de 10 años, algunas más de 30.

5 Las conversaciones de carácter divulgativo están disponibles en el canal de Spotify del Medical Anthropology Research Center de la Universitat Rovira i Virgili: <https://open.spotify.com/search/CUSAM>.

6 Principalmente textos de antipsiquiatría, psiquiatría de sector francés, comunidades terapéuticas y psiquiatría democráticas y, en menor medida, psicoanálisis.

enfermedad mental en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Todo ello supuso una mejora de las condiciones de vida, en comparación con las condiciones en los antiguos manicomios. Sin embargo, también supuso la transferencia de una parte sustancial de la responsabilidad asistencial a las familias, dándose un proceso de desresponsabilización del Estado respecto de las personas psiquiatrizadas (Comelles, 1991), especialmente, en lo que refiere a las personas diagnosticadas por la psiquiatría de TMG (APA, 2013). El modelo que se propuso, inspirado principalmente en el modelo de Basaglia, supuso el “cierre” de los hospitales mentales y la apertura de diversos servicios con distintos niveles de atención y funciones que van desde la intervención clínica a la intervención social que, instalados en la comunidad, ofrecen una atención ambulatoria y de “cortas” hospitalizaciones en casos de crisis.

El objetivo de “inclusión” de las personas psiquiatrizadas en la sociedad y en la comunidad está recogido en los diferentes “Plan Director de Salud Mental y Adicciones” (Departament de Salut, 2006, 2017) que describen una actuación de la red de servicios que, sobre el papel, tiene objetivos con vocación de psiquiatría comunitaria; aunque la realidad es bien distinta, al ofrecerse servicios “en” la comunidad pero con escasas metodologías y propuestas de intervención propias de una acción comunitaria que implique a diversos agentes, recursos, sectores, entre otros aspectos.

Casi 40 años después de la desinstitucionalización, solo una minoría de las personas afectadas tiene una vida independiente y una plena inserción laboral y social. La mayoría (un 70%) vive con su familia y, en menor proporción, convive a tiempo parcial (5%) o no vive con la familia (25%) (Vermeulen et al., 2015). Esto se da en un contexto de falta de recursos económicos y habitacionales, carente de políticas públicas que promuevan la vida independiente de las personas con discapacidad y/o problemas de salud mental, y una ausencia notable de cobertura de las necesidades de las familias cuidadoras.

Esta situación asentó un modelo de cuidado polarizado entre la institucionalización o la familiarización que, sin ser opuestos ni alejados, reproducen ambos la misma lógica custodial. A ello cabe señalar dos problemas de enfoque epistémico por parte de las instituciones: el primero lo aporta la constatación de que los servicios sociales ofrecen una atención asistencialista e individualista, marcada por escasos o nulos trabajos comunitarios y colectivos (Desviat, 2017, 2021); el segundo radica en que los servicios sanitarios permanecen anclados en una atención que continúa siendo hospitalocéntrica y farmacocéntrica (Comelles et al., 2017). Así, frente a situaciones de crisis o episodios agudos de sufrimiento mental, la “solución” pública disponible son los

ingresos hospitalarios; mientras que, ante el sufrimiento cotidiano, lo que se ofrece son psicofármacos y un acompañamiento psicológico prácticamente inexistente (Pié Balaguer et al., 2025).

Aunque existen servicios con objetivos de inserción e inclusión social<sup>7</sup>, sus procedimientos, intervenciones y metodologías del ámbito social continúan regidos por el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1984, 2003). En otras palabras, la intervención social se ve supeditada a la mirada y lógica clínica biologista y verticalista. Así, para acceder a ciertos recursos se imponen “requisitos” más o menos formalizados o exigidos normativamente, como la “adherencia al tratamiento”.

Unido a lo anterior, los servicios sanitarios no hacen partícipes a las personas con diagnósticos de sus procesos de recuperación (Martínez-Hernández et al., 2020). Esta ausencia de participación de las personas psiquiatrizadas menoscaba la posibilidad de promover su autonomía y una vida independiente, vulnera sus derechos humanos (Pérez Pérez, 2023) y bloquea su participación política como sujetos de plena ciudadanía (Serrano Miguel, 2018). Todo ello supone no solo una atención injusta epistémicamente, tanto testimonial como hermenéutica (Fricker, 2007) que niega el saber y la capacidad de agencia de las personas psiquiatrizadas y las cuidadoras; sino que también, en muchos casos, resulta iatrogénica. Cabe añadir la fuerte presión asistencial que viven los y las profesionales, relacionada con la burocratización, mercantilización y privatización de la salud, predominando una racionalidad económica en la práctica clínica que contribuye a generar carencias en la atención prestada (Alegre-Agís et al., 2022; Martínez-Hernández et al., 2020; Pié Balaguer et al., 2025).

---

7 Hoy en día Catalunya tiene cuatro “hospitales monográficos” (Reus, Girona, Santa Coloma y Sant Boi i Martorell), salas de psiquiatría en hospitales de nivel III y II, y el dispositivo externo está atomizado en innumerables empresas prestatarias de servicios. La atención especializada en psiquiatría y salud mental tiene tres niveles asistenciales: 1. Centros de Salud Mental. 2. Atención hospitalaria y 3. Rehabilitación psiquiátrica comunitaria. Concretamente, la red de atención a la salud mental cuenta con los servicios sanitarios y sociales. Dentro de los Sanitarios existen Centro de Salud Mental para Adultos, Centro de Salud Mental Infanto Juvenil, Hospitales y Centros de Día para adultos e infancia, Hospitales de media y larga estancia, entre otros servicios y recursos de atención clínica especializados que incluyen atención a la discapacidad o las llamadas patologías duales. Desde el sector social, la cartera de servicios sociales en Cataluña ofrece prestaciones económicas, de servicios y tecnológicas, encuadrados en los servicios especializados para personas con “problemáticas derivadas de la enfermedad mental”. Estos incluyen servicios residenciales (desde pisos asistidos a residencias), soporte a la autonomía en el propio hogar, clubs sociales, servicios pre-laborales y los servicios de tutela y valoración de la dependencia.

Por otra parte, en España, el Estado de Bienestar<sup>8</sup> ha estado históricamente sostenido por un modelo eminentemente familista (Esping-Andersen, 1990) que sobrecarga a quienes cuidan. Las carencias y limitaciones del Estado de Bienestar han estado sostenidas por las familias, tanto en un sentido práctico como moral, y prueba de ello es la proliferación de asociaciones de familiares desde los años 90 en el país.

La llamada sobrecarga de cuidados sobre las mujeres y, en este caso, sobre las madres que ejercen como cuidadoras de personas adultas con diagnósticos de TMG, es particularmente alta (Caqueo-Urizar y Gutiérrez-Maldonado, 2006; Grandon et al., 2008; Roick et al., 2007; Rafiyah, 2011). Ello afecta a su salud física y emocional, sus circunstancias económicas (Caqueo-Urizar et al., 2009; Papastavrou et al., 2010) y sus relaciones sociales (Johansson et al., 2010), además de ser una fuente de estrés crónico y presión social intensa (Ivarsson et al., 2004). Según los estudios en Europa (Vermeulen et al., 2015) y en España (López Gracia, 2017), las mujeres representan entre el 80% y el 82% de las personas cuidadoras; el 90 % de las cuales son madres, siendo en el 36% de los casos las únicas cuidadoras de la familia. Por otra parte, suelen ser mujeres de edad avanzada que cuidan una media de entre 13 y 15 años, y lo hacen durante un promedio de entre 22 horas semanales en Europa y 60 en España. En este contexto, ellas representan el 88% de toda la atención recibida por las personas receptoras del cuidado.

Las culturas de atención biomédica, hegemónicas en los sistemas sanitarios públicos de España, siguen centrándose en los llamados trastornos mentales y sus síntomas, desplazando las subjetividades de las personas afectadas, el entorno social y familiar próximo y su contexto estructural como problemas de interés clínico (Kleinman, 1988; Jenkins y Barrett, 2004; Menéndez, 1984). Por ello, conocer la perspectiva y la situación de quien se encarga de los cuidados puede contribuir a la comprensión de las problemáticas que afectan a las personas psiquiatrizadas, en pro de un cambio de cultura asistencial

---

8 El Estado de Bienestar en España se basa en cuatro pilares, la Seguridad Social (protección al paro laboral), la Sanidad, la Educación y los Servicios Sociales. Excepto la Seguridad Social que es competencia del Estado, las demás son competencia de las Comunidades Autónomas (CCAA). Por ello, aunque se cuenta con un Sistema Nacional de Salud, cada CCAA tiene su propio "sistema", gestionando sus recursos. En el caso de Catalunya es un modelo mixto, es decir, de titularidad pública, aunque muchos servicios estén gestionados por empresas privadas o fundaciones. En el caso de Servicios Sociales, existen 17 leyes, una por cada CCAA para la gestión de sus recursos sociales, prestaciones económicas, servicios tecnológicos, entre otras.

que contemple las necesidades no solo clínicas, terapéuticas y farmacológicas; sino también las sociales, económicas, relacionales y emocionales tanto de las personas cuidadas como de las cuidadoras. En este contexto asistencial sanitarista-familista, los espacios domésticos son el territorio donde convergen las tensiones endémicas del sistema institucional, patriarcal y capitalista (Alegre-Agís et al., 2022; Pié Balaguer y Alegre-Agís, 2022).

En relación con los problemas del sistema de salud mental destacamos una estructura de poder jerárquica que participa en la producción de modelos de comunicación unidireccionales. Las discrepancias resultantes se dirimen en favor del mundo profesional que tiende a explicar e interpretar los malestares de las personas psiquiatrizadas alegando razones derivadas del “trastorno”, en lugar de bascular hacia aquellas que lo hacen invocando otras, como los efectos adversos de los fármacos (Martínez-Hernández et al., 2020), la estructura social, política, económica, etc. Las familias se encuentran en el centro de esta discordancia que tensiona las relaciones y alimenta la reproducción de prácticas de control sobre las personas psiquiatrizadas. Estas diferencias contribuyen a generar un clima de desconfianza, reduciendo los cuidados a la supervisión, control, obediencia y sumisión (Alegre-Agís et al., 2022).

En síntesis, la falta de atención del sistema sanitario, la centralidad del fármaco en los tratamientos y el modelo jerárquico de comunicación empleado derivan, indirectamente, en un auge del control en la relación de cuidados desplegada en los domicilios. Tanto es así que, en muchas ocasiones, las relaciones familiares acaban acusando y encarnando la propia iatrogenia del sistema de salud mental.

### **INSTITUCIÓN DOMÉSTICA TOTAL: DONDE CONFLUYE EL DISPOSITIVO PSIQUIÁTRICO Y DE GÉNERO**

Bajo los mandatos de género y materno, el cuidado ha sido históricamente reducido a una relación diádica entre persona cuidada y cuidadora. La relación arquetípica madre-hijo/a (Noddings, 1996) continúa operando en la mayoría de las cuidadoras, regulada por la tecnología biopolítica de la culpa (Domínguez Castillo, 2021).

Sin embargo, el cuidado no es una cuestión simplemente polarizada y fija, sino topográfica. Por tanto, no se da en términos absolutos, sino que circula y fluye en función de las distintas posiciones que se toman en la relación (Mora y Pujal i Llombart, 2018). En la esfera doméstica, dichas posiciones relacionales están condicionadas y mediadas por el dispositivo médico-psiquiátrico y el de género-patriarcal, encargados de ejecutar una biopolítica determinada. Es decir, no es simplemente una práctica que pasa y se juega entre dos actores, sino que ha sido históricamente modelada por dos sistemas de poder y

dominación (cuerdismo y sexismo) que siguen determinando en la actualidad las relaciones intrafamiliares.

En otros textos (Alegre-Agís et al., 2022; Pié Balaguer y Alegre-Agís, 2022) pudimos desvelar cómo el cuidado construye la identidad de las madres a través de tres pilares fundamentales: el primero se levanta sobre la idea esencialista y patriarcal del cuidado abnegado; el segundo, sobre el abandono de otras funciones y roles en sus vidas; y aun el último, como consecuencia de esta situación, sobre la vigilancia que las madres ejercen sobre sus hijos e hijas en el marco de una microfísica del poder en la vida diaria que oscila entre el control y la coacción. Estos tres pilares producen prácticas atencionales que limitan la autonomía de los agentes implicados y reproducen una distribución desigual de la atención que Pérez Orozco (2014) llama “cuidados reaccionarios”.

Para atender a esta complejidad, recuperamos el concepto de dispositivo (Foucault, 1976, 2003), entendido como una *red* de atrapamiento que implica trazar un mapa, cartografiar sobre el terreno las diferentes líneas del dispositivo (Deleuze, 1995). Desde esta óptica hablamos del dispositivo de *institución doméstica total* (IDT) (Alegre-Agís, 2017, 2021), que no opera en un espacio estático y monolítico ni sucede en el seno exclusivo del hogar, sino que es una red que comprende diversos nodos. La IDT, entendida como categoría analítica, sirve para poner de manifiesto la reproducción de lógicas y dinámicas de las instituciones totales (Goffman, 1961), propias del modelo manicomial y custodial en el actual sistema de atención ambulatoria, donde la fuente principal de cuidados proviene de las familias y discurre en la esfera doméstica.

De este modo, haciendo una cierta artesanía del dispositivo, podemos comprenderlo como una *topología de red*, un conjunto de nodos interconectados (Castells, 1999) que nos remite a un mapa de “lo que está en juego” a distintas escalas y en interacciones múltiples. Las escalas son permeables, porosas, y sus elementos pueden fluctuar entre estas realizando reconfiguraciones y adaptaciones para mantener su objetivo estratégico. Y ello porque “el dispositivo, una vez constituido, permanece en la medida en que tiene lugar un proceso de sobre-determinación funcional: cada efecto, positivo o negativo, querido o no-querido, entra en resonancia o contradicción con los otros y exige un reajuste” (Castro, 2006, p. 180). Así, el dispositivo mismo es la red que tendemos entre diversos elementos, que tiene como objeto mayoritario responder a una urgencia y una función estratégica dominante (Agamben, 2011).

La IDT es entonces un conjunto heterogéneo, una red conformada por elementos o por dispositivos otros que solapados, porosos e

interconectados conforman un dispositivo, podríamos decir, de una mayor amplitud. Estos elementos, o dispositivos, cobran mayores o menores fuerzas e intensidades para cumplir sus funciones estratégicas, en función de cuánto circulen o permanezcan los sujetos en ellos (García Fanlo, 2011). De este modo, cabe comprender la IDT como la red donde convergen: 1) el dispositivo de género con sus mandatos maternos y 2) el dispositivo institucional con sus respectivos mandatos biomédicos y psiquiátricos. Ambos son, además, indisolubles si tenemos en cuenta que las instituciones son esencialmente patriarcales y, para el caso que nos ocupa, se da una clara sinergia entre los sistemas familista y sanitario.

Estos elementos o dispositivos, con intensidades variables, intersectan no solo la figura de la persona psiquiatrizada produciendo la identidad de “enfermo-paciente total” (Correa-Urquiza, 2009), sino también la de quien cuida. De ahí la necesidad de plantear una categoría analítica que revele estos cruces y los problemas que suponen para aquellas mujeres atravesadas por ambos dispositivos de poder. La categoría de *cuidadora total* nos servirá, entonces, para rastrear la reproducción de las dimensiones material e inmaterial de las instituciones totales en las prácticas y nociones del cuidar. Su proyección sobre las madres-cuidadoras será la encargada de producir el arquetipo de la *madre panóptica*.

Como decíamos, los dispositivos de género-patriarcal y el médico-psiquiátrico son los que operan con mayor intensidad debido a la alta circulación en ellos de las cuidadoras y de sus hijos e hijas. De este modo, la biopolítica psiquiátrica traslada sus lógicas a la relación de cuidado informal, permeando el espacio doméstico y condicionando las relaciones intrafamiliares. Al mismo tiempo, por la casuística que nos ocupa, conviene señalar que las prácticas y relaciones de cuidados desbordan la capacidad biopolítica de “regulación y seguridad”, requiriendo de formas anatomopolíticas de control del sujeto, del cuerpo de quienes cuidan y son cuidados.

Entendemos que biopolítica y anatomopolítica son capas de poder que, lejos de estar reducidas a etapas (poder soberano y biopoder), conforman una amalgama de tecnologías que se activan en función de las necesidades y objetivos de los dispositivos. Ya mencionamos que estos se adaptan y toman formas distintas en función de contextos determinados que reclaman atajar, disciplinariamente, las “urgencias” que tienen lugar en las instituciones totales todavía existentes en nuestras sociedades. De entre ellas, también en la IDT. En resumen, los dispositivos se adaptan, modulan, amplían y sofistican la red. Así, donde no llega a sujetar una lógica biopolítica, emergen aquellas entendidas como “viejas” o ya superadas formas del poder anatomopolítico, con

sustantivas prácticas disciplinarias. Como sea, ambas categorías nos permiten una comprensión más compleja de las relaciones familiares y de cuidado en juego en espacios tan herméticos y difíciles de escrutar como son los espacios domésticos.

### **LA “CUIDADORA TOTAL”: “LA QUE TIENE EL PODER SOY YO, PORQUE EL ENFERMO ES ÉL”**

La sumisión a las indicaciones psiquiátricas, tanto para quienes cuidan como para las personas psiquiatrizadas, es un mandato biomédico que se da en unas condiciones de poder difícilmente discutibles. La cuestión particular, aquí, tiene que ver no solo con atender de forma obediente a las recomendaciones y tratamientos que *el médico* indica y prescribe, sino con una suerte de procesos de introyección de los mandatos biomédicos para ser ejecutados por parte del *paciente* y de las madres.

En otras palabras, la psiquiatría y su saber/poder no opera exclusivamente a través del profesional y dentro de sus espacios de atención, sino que, tras la desmanicomialización, “necesita” que quienes cuidan sean ahora su garante y brazo ejecutor. Ello implica lograr una docilidad en ellas que, imbricada con el mandato de “buena madre”, garantice la obediencia. Cuando aparece por primera vez el llamado brote o crisis, suele haber un enorme desconcierto, mucha angustia y desconocimiento. Ante la urgencia y la desesperación, la interpretación psiquiátrica se erige a sí misma como aquella que explica el problema de sus hijos e hijas. El diagnóstico, con sus respectivos tratamientos, pone nombre al sufrimiento y anuncia una supuesta disminución del malestar a través de la contención de los síntomas. Sin embargo, la cara B será el traslado de la lógica psiquiátrica hacia el hogar, pautando una vigilancia en virtud de la que detectar cualquier indicio sintomático como señal de alarma. El miedo a nuevas crisis y brotes, que se instalan como posibilidad, justificará una vigilancia obediente (hacer caso al médico) orientada fundamentalmente a: 1) promover la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento; 2) a identificar comportamientos y actitudes sintomáticos, y 3) a organizar y posibilitar los ingresos hospitalarios.

Algunas madres expresan la dificultad de lograr los objetivos solicitados desde la esfera profesional. No son pocas las ambivalencias que se revelan entre hacer valer el propio criterio o el psiquiátrico, apareciendo como resultado la culpa:

El papel de la familia para conseguir esto es muy difícil y aparte te hace al final ser el malo de la película. Te hace sentir mal, encima, aparte de la enfermedad que cae sobre la familia, te sientes mal

porque te preguntas: “¿Lo he hecho bien? He hecho caso a este médico, ¿lo hubiera tenido que hacer, o no? [...]”. Yo no sé si es la mejor forma de afrontarlo, con un ingreso, te guste o no te guste, sinceramente. A mí me dijo, [el profesional]: “Lo traéis”. Digo: “¡Bueno, pero si no quiere ir!”, “Pues mira, te lo combinas con la familia y lo traéis”. ¡Mira qué fácil!

A pesar de no creer que fuera la mejor forma de afrontar una crisis de su hijo, otra madre señala cómo accedió al ingreso hospitalario y al tratamiento con electroshock por tratarse, en suma, del criterio profesional:

No me arrepiento de haberlo hecho porque fue la manera de empezar, lo que pasa es que quizás fue un modo un poco bestia. Lo hice porque fue lo que me dijo el médico. Pensé, bueno, si el médico me lo dice, que es psiquiatra, pues tengo que hacerlo así. Pero no porque yo realmente, mi corazón, creyera que aquello era la mejor forma. Yo no lo creía de ninguna manera, pero... Pensé bueno, es que si no, ¿qué haces?

Ahondando en la experiencia, comenta que ni ella ni su hijo fueron adecuadamente informados de lo que supondría la terapia propuesta, ni de sus efectos secundarios. Sin embargo, cuando un tipo de tratamiento sea farmacológico o de otro tipo no sale bien, serán las madres cuidadoras las que cargarán con la culpa de la iatrogenia médica, vinculada con el daño físico, psicológico y relacional que implica:

Sí, le hicieron una sesión de electroshock contra mí... Bueno, no contra mi voluntad, me lo pidieron a mí. Luego pensé: “Ostras, aquí la he cagado, aquí la he cagado”. Y me arrepentí mucho, de verdad. Le di el sí por falta de conocimiento. [...] ante el desespero y ante el no conocimiento... Porque tú crees en estas personas, es decir, es que, si tenemos unos profesionales y no les has de creer, es que, ¡maldita la gracia!, ¿dónde estamos? Yo les creí, pero no me lo curaron, eso no fue a mejor. [...] Todas las herramientas que yo vea que pueda utilizar, intento utilizarlas. Y con el electroshock lo utilicé porque yo creía en el electroshock, luego me di cuenta, hablando, que no aporta nada ni hace nada, al contrario.

Es significativo que, en ese caso, esta experiencia devino en una desconfianza hacia el saber psiquiátrico que produjo una alianza madre e hijo que abrió una fuga: las crisis, a partir de aquel momento se pasarían en casa. Llevan más de diez años sosteniendo este método, que

ha supuesto mucho diálogo y acuerdos mutuos. Cabe mencionar que tuvieron el soporte de un profesional:

El psiquiatra que nos atendió me decía: “Es que yo no lo quiero ingresar porque vamos a ir a peor”. Y le decía a B.: “Es que si te ingresamos, te vamos a aumentar la dosis”. Yo le decía: “Ni hablar, no le aumentes dosis, manténsela, y déjalo aquí un par de días para que duerma, eso sí, que descanse por las voces...”. Es lo máximo que hemos hecho. Y B., ingresos a subagudos, ya hace mucho tiempo que no.

Esta experiencia ha necesitado de una serie de condiciones que la madre nos explica. Ella ha podido contar con soportes desde su lugar de trabajo, una amistad muy cercana, así como encontrarse según ella con “un psiquiatra joven” que respetó y acompañó la decisión que habían tomado. Al mismo tiempo, hubo que trabajar para metabolizar la desconfianza ante la iatrogenia, una toma de conciencia de ambas partes sobre ello y decidir sostener, a pesar del acompañamiento o no de profesionales, que las cosas se harían de otra forma.

Además de la pertinencia de determinados tratamientos, otra de las supersticiones inspiradas por el mandato psiquiátrico consiste en trazar una línea divisoria entre normalidad y enfermedad. Su interiorización otorga un poder a las madres cuidadoras que se apoya en la racionalidad del saber delegado por la psiquiatría, tanto a nivel argumental como en las acciones y decisiones consiguientes. A través de la imposición de estas últimas se instaaura una situación de dependencia del hijo hacia el criterio de la madre y de esta en relación con el criterio médico-psiquiátrico, sus pautas y prescripciones:

A él le parecerá que tiene más poder, pero al final la que tiene el poder soy yo, porque el enfermo es él. Y si él hace esto es porque yo se lo permito de alguna manera [...] él sabe que depende de mí, de lo que yo haga, diga o decida.

Decíamos que el dispositivo de género/materno y el psiquiátrico son indisolubles. Con frecuencia, desde los servicios de salud se presume quiénes serán las encargadas de los cuidados. Junto al diagnóstico de su hijo, una madre nos comenta cómo en ese momento se da por sentado su papel y responsabilidades a futuro:

Aún está muy marcado: “La mamá tiene que hacer...”. Cuando voy al Hospital con lo del niño, lo primero que me dicen es: “Tienes que dejar de trabajar”, “la mamá tiene que dejar de trabajar. La mamá es la que

se tiene que hacer cargo del niño. La mamá...”. Y el papá, bueno: “El papá que haga lo que le dé la gana”.

El mandato materno es sentencial: no se puede dejar de ser madre. Cuando en uno de los grupos focales pedimos a las mujeres que defnieran qué es para ellas cuidar, la respuesta mayoritaria fue “hacer de madre”. Cuidar y ser madre son, por tanto, una y la misma cosa. Pero no solo eso, el cuidado correcto de una madre debe ser abnegado, constante, sin límites:

Esto es lo que a mí más me angustia, me preocupa saber que hay alguien que depende de mí. Porque cuando tú crees que tus hijos ya no dependen de ti, [...] cuando vuelves atrás [...] bueno estás allí las treinta mil horas, la noche, y la fiebre, el diente que se le cae... Pero sabes que aquello, al final, cuando ya empiezan a ser mayores, te libera. Y esto ahora no me libera. Pero bueno, es lo que hay.

En virtud del mandato materno, la situación de dependencia es vivida como un atrapamiento en el contexto del vínculo materno-filial. Tal y como expresa el testimonio anterior, se trata de una fórmula de sujeción mutua, de codependencia que limita a los miembros de la relación, que *no libera*.

Otra madre nos muestra la ambivalencia que supone resistir al buscar parcelas de liberación. Ella ha encontrado una suerte de equilibrio entre un ir y venir, que depende de cómo se encuentre su hijo. Así, aparece una resistencia parcial e indeterminada que la mueve del lugar de madre al lugar de pilar, al ser la única persona que su hijo tiene. Esto muestra la relevancia de una red de apoyo para ambas partes:

He visto que él remonta un poco, pues ya me he apartado un poco. Cuando él ha cogido inseguridad, he vuelto. Cuando él ha cogido seguridad, me he apartado otro poco. ¿Que él ha tenido un problema, una duda? Yo he estado ahí. Él ve que tiene ese soporte de su madre. Bueno, de su madre..., yo pienso que más que como una madre, me ve el pilar, su pilar, porque es que él solo me tiene a mí.

### **LAS RENUNCIAS: “PERO ERA POR ÉL, NO ERA POR MÍ”**

Las expectativas sobre el cuidado adecuado incluyen el abandono de otros roles sociales, más allá del de madre. Las renunciadas al trabajo o a la vida social son algunas de las más repetidas por las madres en las entrevistas. Comprenden decisiones, voluntades y deseos que se ven desplazados en el quehacer cotidiano, en favor de la atención

prioritaria a sus hijos e hijas. Al mismo tiempo, la codependencia se extiende más allá de la relación madre-hijo cuando los recursos son escasos. Por razones económicas, es la parte de la pareja con mejor salario (habitualmente el hombre) quien generalmente mantiene el tradicional rol de proveedor:

Si haces un planteamiento familiar de que uno de los dos tiene que dejar de trabajar y cuidar al niño, ¿quién renuncia normalmente? Las mamás. Yo tuve que dejar de trabajar, con todo lo que eso me suponía a mí psicológicamente, como persona, porque tú pasas a ser dependiente de tu pareja y eso es muy duro mentalmente.

Relacionado con lo anterior, se produce un descentramiento de ellas mismas que subordina su propio sufrimiento al de las personas cuidadas:

Vea cómo él tenía un sufrimiento tan grande, yo también sufría, pero sabía que yo podía dominar mi sufrimiento, porque mi situación mental no estaba, o creo, tocada. Pero la de él sí. [...] Yo sufría por él, no sufría por mí. Yo sufría, sí que tenía muchas ganas de llorar, me desesperaba, pensaba, ¿qué puedo hacer? ¿Por dónde tiro? ¿Qué hago para aliviar este sufrimiento a mi hijo? ¿Qué hago para que él no sienta lo que está sintiendo? ¿Qué hago para que no tenga este odio? Pero era por él, no era por mí.

En los hechos, el mandato materno borra cualquier subjetividad definida más allá de la atención y los cuidados debidos. Por el camino, las numerosas pérdidas desdibujan los límites personales en favor de las obligaciones de buena madre:

Él considera que, si está en su casa y no puede “hacer lo que quiere...” ¡Dices, sí, sí, esto está muy bien, pero es que yo también estoy en mi casa! (risa nerviosa). Y resulta que no puedo sentarme en el sofá porque está lleno de tabaco. ¿Me entiendes? Pero no tengo ganas de discutir. O sea, las fuerzas están para otras cosas. Esto ya lo asumo y es lo que hay. Yo hago la comida, recojo la cocina, lavo la ropa, limpio el baño...

Varias son las cuestiones que se desprenden de esta narrativa y que remiten al cuidado total. La primera tiene que ver con la creencia de que determinadas dinámicas del cuidado son así y no pueden ser de otro modo (*es lo que hay*); de ahí se desprende, en segundo lugar, una suerte de desidia de cara a enfrentar lo que eventualmente molesta,

pues las energías deben depositarse en tareas más importantes relacionadas con el malestar de sus hijos e hijas y los quehaceres domésticos cotidianos. En tercer lugar, y como resultado, tratar de llegar a acuerdos o establecer límites personales se vuelve tedioso y agotador. Por último, la abnegación como rasgo del mandato materno ampara estas renunciaciones, al tiempo que aconseja el ocultamiento del propio malestar:

Llorar, llorar, me he hartado de llorar... He procurado siempre hacerlo a escondidas. Evidentemente que mis hijos no me vieran, él tampoco, algunas veces ha estado presente. A lo mejor estábamos cenando y me cogía una llorera... y me sabía mal, porque estaba él presente, pero... a mí llorar me descargaba.

Algunas madres explican que el autocuidado, pensar en ellas mismas, es algo que ocurre con el tiempo cuando, a base de experiencia, se dan cuenta de que si no se cuidan ellas, no podrán seguir sosteniendo la situación:

Yo necesitaba estar bien también, es decir: “B., yo voy a estar y estaré, evidentemente, pero yo me tengo que cuidar”, y siempre digo que tengo que cargar pilas, porque yo soy su pilar, su viga, referencial, ¿no? Con lo cual, tengo que estar firme para que él se pueda agarrar y tirar para adelante.

Subordinar las propias necesidades es una de las características del mandato de género/materno. Cuando estas son atendidas es porque lo reclaman necesidades ulteriores. Es decir, aunque algunas madres nos han explicado que diversas estrategias de autocuidado, las más de las veces el despejarse, desconectar o procurarse espacios propios, estaba simultáneamente ligado al objetivo de poder seguir cuidando o cuidar mejor. Porque, como sabemos, las madres deben poder llegar a todo.

La soledad de sus hijos e hijas es un elemento fundamental que, para ellas, explica en muchas ocasiones la no posibilidad de “liberar” y poder desplegar otros roles. En sus relatos se evidencia el rastreo de intersticios para respirar:

A mí lo que me carga las pilas es de tanto en tanto desconectar de B., e irme un fin de semana, a hacer unas vacaciones sola con unas amigas, escapadas de este tipo, Y B., lo sabe. Y claro, yo vengo mucho más fuerte, mucho más optimista, más cargada y con ganas de estar con él, porque es que ha habido momentos que... ¡Ostras! Es que es muy duro decírtelo, ¿no?: “Es que yo no quiero a mi hijo, no quiero un hijo

así”, ¿no? “¿Por qué me ha tocado esto?” (voz llorosa). Porque estoy un poco cansada, ¿sabes? (llora). Y tienes que trabajar eso y para trabajar eso me he tenido que ir: “B. me tengo que ir y tú te quedarás con un cuidador y si hay que pagar, pagamos”. Y sí, él lo ha entendido.

Así, cuando se decide salir eventualmente del cuidado, emerge la paradoja. Como decíamos, si bien irse a “desconectar” supone la desobediencia al mandato materno, esta sucede simultáneamente entre buscar cierta libertad, a la vez que prepararse para “cuidar mejor” y con más “ganas”. En otras palabras, desconectar implica desobediencia, a la vez que construir una mejor condición de cuidado para continuar cumpliendo con un rol y un mandato determinado. En este caso, *la fuga* emerge como condición para rehacer el vínculo madre-hijo, desgastado por el cansancio.

### **EL ARQUETIPO DE MADRE PANÓPTICA: “ESTABA PENDIENTE DE ÉL, PERO SIN QUE ÉL SE DIERA CUENTA”**

En estas condiciones del cuidar, la celda del panóptico es la condición del vínculo. A través de un acompañamiento constante, rutinizado, la IDT trasciende el domicilio para controlar los comportamientos y conductas más allá de sus fronteras. Ya no es necesario encerrar, sino articular un acompañamiento constante, diario, atento a cualquier necesidad. No se trata de un poder que penetra y domina el cuerpo dócil de la madre, sino que es en muchos casos deseado, pues procura la satisfacción de las necesidades y el sostenimiento de la vida. Para ello, el control se extiende desplegándose en espacios y tiempos diversificados. Una madre nos cuenta que, incluso sin convivencia: “Iba a su casa, le preparaba comida, le compraba las cosas que necesitaba, le acompañaba si tenía que ir al barbero, él me acompañaba al mercado para comprar la comida que él necesitaba”.

Se incorporan así técnicas de vigilancia que ritualizan la práctica cotidiana del control. La punición o el castigo son reemplazados por la recompensa del cuidado adecuado y por el lugar que otorga la imprescindibilidad de su ejercicio por parte de una madre que está ahí no solo para minimizar el sufrimiento, sino para todo. La relación se convierte en esa consulta al psiquiatra que ultrapasa la visita cada dos meses, donde los indicios sintomáticos son percibidos en la cotidianidad y desde la cercanía que imprime el vínculo madre-hijo. A través de esta práctica performativa no solamente se construye al sujeto cuidado (hijo perpetuo y enfermo-paciente total), sino también se reifica un tipo de cuidadora que ya no es libre de no hacer lo que el mandato materno-psiquiátrico impone. Cumplir con sus prerrogativas, exige la adopción de una perspectiva omnisciente desde la que

todo debe verse. Incluso, de ser necesario, sin ser vista, encarnando la arquitectura misma del panóptico:

Estaba atenta a él, estoy atenta hoy día, pero hoy mi hijo está bien, pero cuando no estaba bien, pues también estaba atenta, intentaba cuidarlo, pero que no se diera cuenta porque hubiera sido peor, porque pensaba que si se daba cuenta, se hubiera rebotado: “¡A mí déjame tranquilo!”. Estaba pendiente de él, pero sin que él se diera cuenta [...]. Entonces puedes cuidar, pero cuidado que no se note. Y esto es lo que he hecho todos estos años.

Se trata de una forma de poder que se apoya en la necesidad de atender la urgencia, de evitar el riesgo, de prevenir el accidente o la fatalidad como condición misma de la madre-cuidadora: “Los primeros meses de baja mi hijo estaba tan mal que fue cuando se intentó suicidar, yo no me movía de casa para nada, porque estaba pendiente todo el rato”.

La imposibilidad de dejar de ser madre o serlo de otra forma sin caer en la desobediencia y el estereotipo de “mala madre”, construye una relación de encadenamientos mutuos en la que “es preferible” el conflicto que la ausencia de supervisión:

Prefiero tenerlo en casa, aunque lo “maltrate”, [...] porque yo estaré cuidándolo, todo lo que tú quieras, pero yo cuando no estoy cuidando, yo tengo mi vida, tengo mis cosas, mi espacio, pero él ¡no! Él tiene esta enfermedad siempre, desde que se levanta hasta que se acuesta.

La anterior cita muestra una paradoja. Por un lado, pone de relieve cómo esta madre dispone de “su vida”. Por otro lado, implica una convivencia a la que no puede renunciar por conflictiva que sea. Y es que, ante la necesidad de un hijo, *madre no hay más que una*:

Madre: aunque sus hermanos estén pendientes. Los hermanos dicen: “Estaremos pendientes”, sí, pero tiene que comer cada día y tener higiene, las pastillas, todo.

Entrevistadora: ¿Piensas que nadie lo cuidará como tú?

Madre: No, nadie.

En otras palabras, la renuncia a la presencia constante no es una opción. De hecho, una de las preocupaciones más recurrentes de las madres tiene que ver con qué será de sus hijos e hijas cuando ellas no estén, vertebrando un cuidado a perpetuidad:

Ya no tiene padre, la que está soy yo. Si a mí me pasa algo, que me puede pasar como a cualquiera, ¿este chaval qué hace? [...]. Yo ya tengo claro que mientras esté yo, está conmigo... ¿Puedo irme de vacaciones?, no puedo. Me es igual, no es mi prioridad.

Es desesperanza lo que tenemos, mucha preocupación, mucho miedo, mucha angustia por saber qué va a ser de nuestros hijos el día de mañana. [...] ¿Qué será de nuestros hijos cuando nosotros no estemos? ¿Qué nos va a pasar? ¿Qué va a pasar con ellos? ¿Quién los va a cuidar? ¿Quién va a tener la buena voluntad de...?

Ante ello, cuando nuevamente emerge la fuga, implica que otros vínculos y redes puedan estar presentes para cuidar. Esta situación tiene una doble cara: ellas pueden “irse”, pero con la supervisión de otros. Así, simultáneamente, los otros permiten un “ajuste secundario”, a la vez que emulan la proyección panóptica:

Llegó a un punto en que ya no hizo falta cuidador y él se mantenía por sí solo y yo empecé a irme, dejándolo solo, pero siempre con la supervisión de M., C., R. [amigas]. Le dije a M.: “M., me voy, si pasa algo...”. “Sí, sí, tú tranquila, llámame”. Y, ¿qué pasó? Pues que se puso enfermo con gastroenteritis, tuvo que ser ingresado en urgencias. Pues llamó a M. y M. le ayudó. Es como psicósomático el tema, ¿no? Cuando yo falto es cuando peor está, pero yo esto no he dejado que me pueda. Yo le he dicho: “B., sí, puede pasar, pero yo tengo que continuar haciéndolo. Porque yo puedo faltar [...] te tienes que acostumbrar a que yo falte, porque tú tienes que tirar para adelante, tú tienes que sobrevivir”.

Las siguientes narrativas muestran cómo, además de cuidar al hijo psiquiatrizado, la responsabilidad de “cuidar” a los otros hijos o hijas cuando ellas no estén es imperativa: no pueden dejar que otro vínculo como el de hermano o hermana se “haga cargo” de aquello que es exclusivamente su responsabilidad.

¿A quién le puedo decir, “vas a cuidar de mi hijo”? A su hermano, pobre, no le tengo que dejar esa herencia ¿por qué? Él dice: “Es que me dejáis una herencia guapa”. El pequeño ya es consciente de que se hará cargo de su hermano [...]. Pienso, tú no le puedes dejar a tu otro hijo la obligación de que tenga que cuidar de él, porque cada uno tiene su vida.

Y es que existe una retroalimentación entre lo que ellas acaban deseando, donde se interponen las responsabilidades y media la obediencia.

Sus deseos propios, aquellos para sí mismas, aunque emergen en algunos momentos a modo de pequeñas parcelas de supervivencia de un yo desplazado por la maternidad, están mediatizados cuando no determinados por unas expectativas sociales y del dispositivo psiquiátrico que se depositan en ellas. Convertirse en *madre panóptica* no es algo que suceda de forma natural, sino que se articula entre el mandato psiquiátrico de la vigilancia y el control sobre quien es objeto de psiquiatrización y cuidado, y el mandato de la buena madre que incluye una trayectoria moral determinada. Ellas son juzgadas, reguladas y vigiladas por la comunidad que actúa como agente externo moralizador, en el que desobedecer no está en la lista de acciones propias de una buena madre:

Entrevistador/a: ¿Te has sentido alguna vez juzgada como cuidadora?  
Madre: Sí, claro que sí. Y tanto, nos sentimos continuamente juzgados, continuamente, porque hay un gran desconocimiento [...]. Te sientes juzgado socialmente, tu vida se acaba y te sientes juzgado por tus amigos y tu entorno cercano.

Esta exigencia panóptica las devuelve a otra paradoja: se espera que sean la “madre coraje” que todo lo puede, que exige presencia, fuerza y poner el cuerpo sin contemplar ni sopesar los costes en sus vidas propias. Al mismo tiempo, sobreproteger demasiado, es decir, intensificar el panóptico por medio de ser “demasiado madre”, las hace culpables de la propia “patología” de sus hijos o hijas:

Sí, me he sentido juzgada, pero yo misma me he dicho que eso no era así, que yo había hecho todo y había educado igual a mi hijo que a mi hija. Sí me he sentido muy juzgada por mi marido en ese sentido. Pero no me ha afectado. Sí, juzgada, pero no afectada.

Mi marido nunca entendió que mi hijo tenía una patología [...]. Para mi marido era yo la culpable, de haberle consentido mucho, de haberle mimado demasiado, sobreprotegido.

Esta paradoja implica que, aunque emerja un “no poder más”, ellas deben sacar “las fuerzas de donde sea” y “con todos mis dolores, con toda mi fatiga, yo seguía para adelante y luchadora a tope”.

### **ESPECULACIONES Y PROSPECCIONES**

“La Madre” es la figura perfectamente conformada para cumplir los objetivos del dispositivo psiquiátrico: en ellas la comunidad guarda una combinación de esencialismos y expectativas que ofrecería las

condiciones idóneas para el relevo de controles y vigilancias, para ser ese brazo ejecutor de la institución. En primer lugar, porque es difícil (aunque lo hagan) no hacer caso al médico y ser obedientes: “la buena mujer”. En segundo lugar, porque *la madre* es la encarnación misma del cuidar: “la buena madre”. En tercer lugar, porque, de no hacerlo, sentirá culpa y será juzgada por el entorno.

Este entramado se apoya en una idea de cuidado esencialista que enturbia otros modos de concebirlo. Es una ficción la existencia de algo así como un cuidado ideal que las mujeres pueden encarnar por el hecho de ser mujeres o haber sido socializadas como tales. El cuidado no es algo que se produzca, sin más, de modo natural como habitualmente se piensa, sino que requiere de unas condiciones específicas. El cuidado, debería poder darse en condiciones como una distribución equitativa de tareas, con el respeto por la agencia de unos y otras, con la seguridad de no sufrir amenazas o juicios externos, con la subjetivación (que no objetivación) de las personas psiquiatrizadas, y respetando las elecciones de las personas involucradas, entre otras.

Sin embargo, la situación actual en la que se producen los cuidados es totalmente contraria a estas condiciones: verticalidad, jerarquía, imposiciones, coacciones, renunciadas, falta de escucha y diálogo, y desequilibrios de poder. La violencia sistémica y estructural imposibilita el ejercicio de un cuidado razonablemente bueno y facilita la producción de prácticas reaccionarias (problemáticas) que sufren todos los/as involucrados/as. Por ello, es importante poner el foco en la transformación de estas condiciones, no en la corrección de los sujetos.

Es importante mencionar que con este texto no pretendemos dar una visión generalizadora, monolítica o reduccionista de cómo suceden los cuidados entre madres cuidadoras y sus hijos e hijas psiquiatrizadas, ni mucho menos generar con esto una señalización de “malas prácticas” del cuidado. Al contrario, el objeto de este texto es poner de relieve que, aunque suceden *otras cosas*, esto sucede en una muy buena parte de ocasiones porque las condiciones estructurales de existencia modifican, modulan y determinan en muchos casos la vida de las personas, qué pueden hacer o no, que pueden permitirse decidir o no, e incluso hasta dónde llegar a desear y el contenido de esos deseos, voluntades y consentimientos.

Desde un conocimiento situado y parcial (Haraway, 1995), lo que aquí hemos expuesto revela el alcance que los dispositivos de poder tienen, aún en modelos “comunitarios”, “ambulatorios”, en un estado democrático y de derecho, y un largo etcétera que debería estar implicando otras condiciones en el cuidar, ya no solo en el campo de la salud mental, sino de modo general para las mujeres. En otras palabras, la reforma psiquiátrica necesita ser reformada, probablemente de

forma constante, atendiendo especialmente a los factores y los determinantes sociales en salud. Pero, sobre todo, la reforma necesita ser “repensada” en términos epistemológicos. La red asistencial cuenta con infraestructura y aunque exista el mantra “faltan profesionales”, más psiquiatras aplicando la misma perspectiva, no solucionará las cuestiones que aquí hemos planteado.

Es necesario un revulsivo que implica replantearnos, por ejemplo, el modo en que utilizamos los recursos económicos (el mayor gasto en salud mental es en psicofármacos, mientras la mayoría de las personas psiquiatrizadas no puede tener una vida independiente). Una re-reforma implicaría, entre otras, la desmedicalización de muchos de los espacios de atención, especialmente de la social; una mayor oportunidad de toma de decisiones de las trayectorias vitales y terapéuticas de las personas afectadas, y atención a quienes se encargan de cuidar, más allá de prescribirles un ansiolítico o un antidepresivo para soportar la sobrecarga.

A lo largo de este capítulo hemos intentado poner el foco en dos de los dispositivos que hemos considerado más significativos en lo que tiene que ver con el cuidado en este ámbito. No deviene esta elección de un único trabajo, sino también de investigaciones anteriores y de un recorrido que nos ha ido apuntalando donde se encontraban las mayores dificultades para que los cuidados pudieran devenir en un bienestar para quienes cuidan y son cuidados y cuidadas.

El potencial se encuentra en aquellas pequeñas fugas, resistencias y prácticas devenidas de la agencia de los sujetos implicados en la relación de cuidado que, como hemos observado, aparecen por tres motivos fundamentales: el primero, la constatación a través de la experiencia de la iatrogenia psiquiátrica, de que no siempre las indicaciones, tratamientos, recomendaciones, medicaciones prescritas, entre otras, funcionan para las personas. Esto supone atravesar en algunos casos un periodo de desconcierto, de contradicciones y de desesperanza que genera un sufrimiento añadido y evitable. El segundo, el desgaste cada vez más evidente de un modelo tradicional de género que constriñe y reduce el espacio de capacidad de elección de las mujeres. Para que se produzcan fugas del dispositivo, las cuidadoras deben “desobedecer”, con los riesgos que ello comporta a ser juzgadas, tanto por el poder psiquiátrico como por sus afectos y redes de relaciones próximas o lejanas. Por último, en aquellos casos que observamos estas desobediencias y otras estrategias de hacer ante el sufrimiento psíquico, ha habido diálogo entre las personas implicadas, pactos, acuerdos, negociaciones y, sobre todo, estas instancias han implicado poner en conversación de forma consciente cuáles son las necesidades, deseos, voluntades e intencionalidades por ambas partes.

Lo que encontramos es un cuidado inserto en constantes paradojas, con minúsculos espacios en los que poder moverse sin ser juzgadas, sin correr el riesgo de sentirse y ser rotuladas como “malas madres”. Como ya apuntó Chesler (1972) al respecto de la psiquiatrización de las mujeres, tanto obedecer como desobedecer al rol asignado implica el riesgo de ser patologizadas; en este caso, de ser “malas mujeres”. El margen de actuación es estrecho aunque, como en las instituciones totales, se dan “ajustes secundarios” que permiten acomodamientos, fisuras y agujeros por los que sacar la cabeza para respirar y sostener un yo más allá del yo-madre-cuidadora.

Es por ello que necesitamos otros modelos colectivos, plurales y democráticos que sean capaces de generar otras condiciones para un mejor estar. Tronto (1994), junto con otras teóricas de la ética del cuidado, han planteado la necesidad de pensar los cuidados como palanca de cambio social; como interruptor de las violencias sistémicas y estructurales de nuestra sociedad. Aun estando de acuerdo con ello, necesitamos herramientas que lo hagan efectivo. La articulación de redes de cuidado es uno de los instrumentos que hemos ideado para impulsar este cambio a favor de otro tipo de circulación del poder, toma de decisiones con apoyos, reparto de responsabilidades, asunción de las necesidades de las cuidadoras sin menoscabo de las elecciones y necesidades de las personas psiquiatrizadas, que se ha materializado en una guía de cuidados democráticos y colectivos (Pié Balaguer et al., 2025).

La colectivización implica la organización de redes de sostén que desborden la dualidad del cuidado, que discutan los esencialismos (del cuidado, de la autonomía, de los sujetos, entre otras) y, a su vez, que nos permitan superar las restricciones de la institucionalización/familiarización y sus formas de atención. ¿Podemos pensar estas redes como tramas de profanación en el sentido *agambiano*? (Agamben, 2011). Es decir, como espacios de profanación de jerarquías, monopolios e imposiciones. ¿Podrían ser entonces estas redes de cuidado colectivo disparadores de nuevas aperturas subjetivas y relacionales? ¿Podrían funcionar como contradispositivos abiertos a otro tipo de agenciamientos y subjetivaciones?

Más allá de este planteamiento especulativo, no es casual ni inocente que el cuidado en nuestras sociedades capitalistas quede reducido al ámbito doméstico e institucional, invisibilizado y garantizado por la vía del mandato de género. Ello tiene relación con intereses que desbordan el ámbito doméstico y que configuran el marco estructural de nuestra actualidad. Al respecto, Federici (2004) ha planteado la relación fundamental entre las racionalidades capitalistas y patriarcales, que actualmente implican un mecanismo de reproducción mutua.

Para el tema que nos ocupa, el capitalismo requiere que el patriarcado continúe ocultando el hecho de que las esferas de atención y cuidado sigan siendo asumidas (principalmente por las mujeres), sin reconocer su valor o su importancia sistémica, económica y social. El cuidado hace visibles las contradicciones entre lo que importa para la racionalidad económica y lo que importa para las cuidadoras y las personas afectadas e incluso lo que importa para el sostenimiento de la vida en su conjunto. Generar otro modelo de producción de cuidados, por fuera de las instituciones y de los domicilios, que además responda a ese sufrimiento evitable producido por las prácticas iatrogénicas, nos permitiría habilitar espacios colectivos en salud.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Agamben, Giorgio (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 26(73), 249-264.
- Alegre-Agís, Elisa (2017). Internados en casa: Del manicomio a la “institución doméstica total”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 63-78. <https://hdl.handle.net/20.500.11797/imarina5926305>
- Alegre-Agís, Elisa (2021). Stultifera domus. *Del manicomio a la institución doméstica total: vida cotidiana, familia y esquizofrenia* (Tesis de Doctorado). Universitat Rovira i Virgili. <http://hdl.handle.net/10803/673090>
- Alegre Agís, Elisa; Barceló-Prats, Josep y Comelles, Josep Maria (2018). La confusión de los psiquiatras. Las narrativas en torno a la crisis del custodialismo durante el tardofranquismo. *Revista de Historia de la Psicología*, 39(1), 31-39. <https://doi.org/10.5093/rhp2018a5>
- Alegre-Agís, Elisa; García Santesmases, Andrea; Pié, Asun; Martínez-Hernández, Ángel; Bekele, Deborah; Morales Saez, Nicolás y Serrano-Miguel, Mercedes (2022). Unravelling reactionary care: The experience of mother-caregivers of adults with severe mental disorders in Catalonia. *Culture, Medicine & Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s11013-022-09788-z>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5®). Washington, DC, American Psychiatric Publishing.
- Amigot Leache, Patricia y Pujal i Llombart, Margot (2009). Una lectura del género como dispositivo de poder. *Sociológica*, 24(70), 115-151.
- Caqueo-Urizar, Alejandra y Gutiérrez-Maldonado, José (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia.

- Quality of Life Research*, 15, (4), 719-724. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-4629-2>
- Caqueo-Urizar, Alejandra; Gutiérrez-Maldonado, José y Miranda-Castillo, Claudia (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 84(7). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-84>
- Castells, Manuel (1999). *La era de la información. Economía, sociedad y cultura* (Vol. I: La sociedad red). Ciudad de México, Siglo XXI Editores.
- Castro, Edgardo (2006). Michel Foucault: Sujeto e historia. *Tópicos*, (14), 171-183.
- Chesler, Phyllis (1972). *Women and madness*. Nueva York, Doubleday.
- Comelles, Josep Maria (1991). Psychiatric care in relation to the development of the contemporary state: The case of Catalonia. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 15(2), 193-215. <https://doi.org/10.1007/BF00119044>
- Comelles, Josep Maria; Alegre-Agís, Elisa y Barceló-Prats, Josep (2017). Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica: Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán. *Kamchatka. Revista de Análisis Cultural*, (10), 57-85.
- Correa-Urquiza, Martín (2009). *Radio Nikosia. La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. (Tesis de Doctorado). Universitat Rovira i Virgili. <https://tdx.cat/handle/10803/8575>
- Deleuze, Gilles (1995). ¿Qué es un dispositivo? En *Michel Foucault, filósofo* (pp. 155-163). Barcelona, Gedisa.
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya (2006). *Pla Director de Salut Mental i Adiccions de Catalunya*. Barcelona, Direcció General de Planificació i Avaluació. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3250>
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya (2017). *Estratègies 2017-2020. Pla director de salut mental i addiccions*. Barcelona, Direcció General de Planificació i Avaluació. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3251>
- Desviat, Manuel (2017). “Precariado” y control social: asistencialismo y exclusión en el ámbito de la salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(2), 369-378. <https://doi.org/10.5209/CUTS.55010>
- Desviat, Manuel (2021). La salud mental colectiva en tiempos inciertos. Barreras y retos. *Documentación Social*, (8), 5-17.
- Domínguez Castillo, María Pilar (2021). *Procesos de subjetivación y salud en mujeres cuidadoras desde un enfoque feminista y participativo*. (Tesis de Doctorado). Universitat de València. <https://roderic.uv.es/handle/10550/78388>

- Esping-Andersen, Gøsta (1990). *Three worlds of welfare capitalism*. Cambridge, Polity Press.
- Fábrega, Horacio (1993). Biomedical psychiatry as an object for a critical medical anthropology. En Shirley Lindenbaum y Margaret Lock (Eds.), *Knowledge, power and practice: The anthropology of medicine and everyday life* (pp. 231-256). Berkeley, University of California Press.
- Federici, Silvia (2004). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid, Traficantes de Sueños.
- Foucault, Michel (1976). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Ciudad de México, Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel (2003). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber*. Ciudad de México, Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel (2005). *El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica.
- Fricker, Miranda (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford, Oxford University Press.
- García Fanlo, Luis Ernesto (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei: Revista de Filosofía*, (74), 1-8.
- Goffman, Erving (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, Doubleday.
- Grandon, Paulina; Jenaro, Cristina y Lemos, Solange (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158(3), 335-343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.12.013>
- Haraway, Donna (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid, Editorial Cátedra.
- Ivarsson, Ann-Britt; Sidenvall, Birgitta y Carlsson, Mia (2004). The factor structure of the Burden Assessment Scale and the perceived burden of caregivers for individuals with severe mental disorders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4), 396-401. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00298.x>
- Jenkins, Janis H. y Barrett, Robert J. (2004). Introduction. En Janis H. Jenkins y Robert J. Barrett (Eds.), *Schizophrenia, culture, and subjectivity: The edge of experience* (pp. 1-19). Cambridge, Cambridge University Press.
- Johansson, Anna; Anderzén-Carlsson, Agneta; Åhlin, Anna y Andershed, Birgitta (2010). Mothers' everyday experiences of having an adult child who suffers from long-term mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(11), 692-699. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.515768>

- Kleinman, Arthur (1988). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. New York, The Free Press.
- López Gracia, María Virtudes (2017). *La crisis de salud mental y los cuidados familiares: Un estudio cualitativo*. (Tesis de Doctorado). Universidad de Alicante. <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/70428>
- Martínez-Hernández, Ángel; Pié-Balaguer, Asunción; Serrano-Miguel, Mercedes; Morales-Sáez, Nicolás; García-Santesmases, Antonio; Bekele, Deborah y Alegre-Agís, Elisa (2020). The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 247, 112832. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112811>
- Martínez-Hernández, Ángel; García-Santesmases, Antonio; Correa-Urquiza, Martín; Pié-Balaguer, Asunción; Alegre-Agís, Elisa; Serrano-Miguel, Mercedes; Cela-Betrán, Xavier; Morales-Sáez, Nicolás y Bekele, Deborah (2020). Crónica de un desencuentro: La medicalización de la psicosis y sus laberintos en la Cataluña urbana. En Epele, María (Ed.), *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento: Perspectivas y debates contemporáneos* (pp. 123-145). Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.
- Menéndez, Eduardo (1984). El modelo médico hegemónico: Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, (3), 84-119.
- Menéndez, Eduardo (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Salud*, 4(1), 1-23.
- Mora, Enrico y Pujal i Llombart, Margot (2018). El cuidado: mucho más allá del trabajo doméstico. *Revista Mexicana de Sociología*, 80(2), 445-469.
- Noddings, Nel (1996). The cared for. En Suzanne Gordon, Patricia Benner y Neil Noddings (Eds.), *Caregiving: Readings in knowledge, practice, ethics and politics* (pp. 155-169). Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Papastavrou, Evridiki; Charalambous, Andreas; Tsangari, Haritini y Karayiannis, Georgios (2010). The cost of caring: The relative with schizophrenia. *Scandinavian Journal of Caring Science*, (24), 817-823. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00782.x>
- Pérez Orozco, Amaia (2014). *Subversión feminista de la economía: Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid, Traficantes de Sueños.

- Pérez Pérez, Beatriz (2023). *Una genealogía de la matriz de poder moderna: Lo humano, el derecho y la locura*. (Tesis de Doctorado). Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Pié Balaguer, Asun (2019). *La insurrección de la vulnerabilidad: Para una pedagogía de los cuidados y la resistencia*. Barcelona, Universitat de Barcelona.
- Pié Balaguer, Asun y Alegre-Agís, Elisa (2022). Situación actual y modelos emergentes en salud mental: una perspectiva socio-antropológica. En Arantxa Grau i Muñoz y Aina Faus-Bertomeu (Eds.), *Sociología de la salud: Salud, malestar y sociedad desde una mirada crítica* (pp. 141–158). Valencia, Tirant Lo Blanch, Tirant Humanidades.
- Pié Balaguer, Asun; Correa-Urquiza, Martín y Martínez-Hernández, Ángel (2021). *Soltar amarras: Una introducción a la salud mental colectiva*. Barcelona, Universitat Oberta de Catalunya.
- Pié Balaguer, Asun; Salas Soneira, Miguel y Alegre-Agís, Elisa (2025). *Guía para un cuidado democrático y colectivo: Salud mental y redes de apoyo*. Barcelona, Universitat Oberta de Catalunya.
- Rafiyah, Ika (2011). Burden on family caregivers: Caring for patients with schizophrenia and its related factors. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(1), 29-41.
- Roick, Christian; Heider, Dirk; Bebbington, Paul E.; Angermeyer, Matthias Claus; Azorin, Jean-Michel; Brugha, Traolach S.; Kilian, Reinhold; Johnson, Sonia; Toumi, Moktar y Kornfeld, Åsa (2007). Burden on caregivers of people with schizophrenia: Comparison between Germany and Britain. *British Journal of Psychiatry*, 190(4), 333-338. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025353>
- Serrano Miguel, Mercedes (2018). *Del exilio a la ciudadanía: Experiencias dialógicas en el marco de la salud mental colectiva*. (Tesis de Doctorado). Tarragona, Universitat Rovira i Virgili.
- Serrano Miguel, Mercedes; Pié Balaguer, Asunción y Martínez-Hernández, Ángel (Coords.) (2020). *Guía para la gestión colaborativa de la medicación en salud mental*. Tarragona, Barcelona, Publicacions Universitat Rovira i Virgili y Universitat Oberta de Catalunya.
- Tong, Allison; Sainsbury, Peter y Craig, Jonathan (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care*, 19 (6), 349-357. 10.1093/intqhc/mzm042
- Tronto, Joan (1994). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York, Routledge.
- Varela, Javier y Álvarez Uría, Fernando (Eds.) (1980). *Michel Foucault: Microfísica del poder*. Barcelona, La Piqueta.

Vermeulen, Bram; Lauwers, Hilde; Spruytte, Nele; Van Audenhove, Chantal; Magro, Connie; Saunders, John y Jones, Kevin (2015). *Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: An international exploration*. Lovaina, KU Leuven/EUFAMI.



Sofía Bowen

## **CONTINUUM DE VIOLENCIA Y LOS LÍMITES DEL RECONOCIMIENTO: UNA ETNOGRAFÍA SOBRE SALUD MENTAL, TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL EN CHILE**

### **INTRODUCCIÓN**

Conocí a Alicia en un café en el centro de Santiago. Me recibió con una sonrisa cálida, aunque su mirada reflejaba el peso del cansancio y la preocupación. Era marzo del 2019, Alicia tenía 35 años, y trabajaba como técnica-administrativa en el área legal de una entidad estatal. Mientras tomaba el café, se autorretrataba como una persona que disfrutaba de su trabajo, pero que llevaba un ritmo demasiado exigente. El trabajo, dijo, estaba tomando todos los espacios de su vida. Todos los días llegaba dos horas antes de que empezara su jornada y terminaba dos horas después, sin tener casi ningún descanso. “No estoy durmiendo nada”, me dijo con el rostro acongojado. “Lloro todo el día, las lágrimas se me caen solas, siento una angustia constante”. Además, contó que llevaba tiempo lidiando con fuertes dolores de espalda y con una bursitis que le impedía moverse con normalidad. Alicia explicó que su situación se debía a la acumulación de tareas y a la sobreexigencia de su jefe, quien mantenía un trato desigual con los trabajadores, cargándole a ella la mayor parte del trabajo solo porque, según él, “lo hacía mejor que nadie”.

Dos semanas después de nuestro primer encuentro, acompañé a Alicia a una consulta privada con una psiquiatra para tratar el “estrés” que ella decía sufrir. Alicia tenía la esperanza de recibir un tratamiento adecuado que le permitiera recuperarse lo antes posible. Sin

embargo, desde su primera consulta psiquiátrica en abril del 2019, se vio atrapada en una compleja trayectoria médico-burocrática que se prolongaría por al menos seis meses. Durante ese tiempo, fue sometida a diez evaluaciones por distintos profesionales de la salud, incluidos médicos generales y psiquiatras, de diferentes instituciones, tanto públicas como privadas, del sistema de salud y la seguridad social.

Desde mi rol como etnógrafa realizando un proyecto sobre salud mental laboral en Chile, fui testigo del momento en que Alicia fue rechazada, primero por su seguro privado de salud y, luego, por su seguro laboral. Su caso fue finalmente evaluado por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), la cual dictaminó que Alicia sufría de un malestar psíquico “no ocupacional”, es decir, no causado por condiciones laborales. Esto significó que el seguro privado de salud, que la había rechazado en una primera instancia, debía cubrir el tratamiento y las licencias médicas. Así, el caso de Alicia terminó donde había comenzado, volviendo al seguro privado de salud, y creando un círculo cerrado de un largo proceso marcado por el escrutinio médico, la burocracia y por complejos procedimientos administrativos y periciales.

Durante este proceso, no solo pude evidenciar el empeoramiento del malestar físico y mental de Alicia, sino también la forma en que de manera gradual emergía en ella una aguda sensación de pérdida de sí misma. Las constantes evaluaciones, la sospecha a su persona, la humillación que implicaron los múltiples rechazos, le indicaban a Alicia que ella no estaba siendo considerada digna de reconocimiento y cuidado. Después del primer rechazo de su seguro de salud, mientras esperaba la respuesta del peritaje del seguro laboral, Alicia reflexionó sobre el miedo a perder toda legitimidad:

Me angustia que me digan que lo que tengo no es real o que lo que siento no es correcto y que me rechacen en todas partes. Como si estuviera engañando a alguien, como si la que no pudiera [con la situación] soy yo, y no fuera el sistema el injusto. Sino que soy yo la que no es suficiente. Como si el sistema estuviera bien y yo simplemente no sirviera.

La experiencia de Alicia en el sistema de seguridad social y salud laboral es consistente con muchos otros casos que conocí durante el trabajo de campo etnográfico realizado en el marco de mi tesis doctoral, entre abril del 2018 y diciembre del 2019, en Santiago de Chile<sup>1</sup>. En

---

1 Este estudio fue financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) de Chile y contó con la aprobación del Comité de Ética de King's College London.

dicha investigación se analiza el alza de denuncias por salud mental en el sistema de salud ocupacional en Chile, mediante una inmersión etnográfica que abarcó tanto a la comunidad de expertos y funcionarios públicos de la salud ocupacional y la seguridad social, como a trabajadores/denunciantes que presentaban problemas de salud mental asociados con el trabajo.

A partir del caso de Alicia, y en diálogo con las experiencias de otros trabajadores, este capítulo explora las formas de violencia y de sufrimiento que se configuran en la trayectoria de trabajadores con problemas de salud mental dentro del sistema de seguridad social en Chile<sup>2</sup>. Este último incluye el sistema de pensiones, el seguro de cesantía, el sistema de salud y el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (SUSESO, 2025a). En particular, se examina el tránsito entre los dos últimos (el sistema de salud y el seguro laboral), ámbitos en los que los problemas de salud mental constituyen hoy la principal causa de solicitud de licencias médicas. En 2023, los diagnósticos psiquiátricos representaron el 32,3% del total de licencias médicas electrónicas emitidas en el sistema de salud común (SUSESO, 2024) y el 68% de todas las enfermedades profesionales registradas en el sistema de salud ocupacional (SUSESO, 2023). Cabe destacar, sin embargo, que en ambos sistemas las licencias asociadas a problemas de salud mental presentan altas tasas de rechazo<sup>3</sup>.

El material etnográfico analizado en este capítulo se basa principalmente en el caso de Alicia, complementado con entrevistas y observación participante realizadas con otros catorce trabajadores de ingresos bajos a medianos. La mayoría se desempeñaba en el sector de servicios, tanto público como privado, en áreas vinculadas con el comercio, la educación, la salud y la administración pública. En general, no contaban con estudios superiores, con excepción de Alicia y de algunos otros casos, quienes poseían un título técnico-profesional o profesional. La etnografía abarcó la trayectoria médico-burocrática de los trabajadores, que usualmente se extendía entre uno y seis meses, desde la primera consulta médica, pasando por las aseguradoras y agencias estatales, hasta la resolución del caso y el retorno (o la renuncia) al trabajo.

---

2 Se utilizan seudónimos y se han modificado detalles específicos de las personas participantes para resguardar su anonimato.

3 En el sistema de salud común, las licencias por salud mental son las más rechazadas, especialmente en aseguradoras privadas. En el sistema ocupacional, el rechazo también es alto, aunque superado por las enfermedades musculoesqueléticas (SUSESO, 2020, 2024).

Durante ese período acompañé a los trabajadores en sus distintas visitas médicas, la realización de trámites en oficinas estatales y privadas, así como en visitas a sus lugares de trabajo y a sus hogares. Si bien muchos de estos recorridos estuvieron marcados por experiencias de sospecha y desgaste, las formas en que los trabajadores vivieron este proceso variaban según la aceptación o el rechazo de la aseguradora a la que acudían en primera instancia, lo que implicaba diferencias en la rapidez del acceso a la atención médica y en el grado de reconocimiento recibido. También influyeron otros factores, como el nivel de malestar físico y mental, el ambiente laboral y las condiciones de vida más amplias, entre ellas, la situación socioeconómica.

En base a la literatura sobre violencia estructural y sufrimiento social (Farmer, 2003; Holmes, 2013; Kleinman et al., 1997; Schepers-Hughes y Bourgois, 2004); la investigación social sobre el cruce entre salud mental, trabajo y salud ocupacional (Kitanaka, 2012; Murphy, 2006), y los estudios críticos sobre violencia burocrática y reconocimiento institucional (Ahmed, 2021; Auyero, 2012; Butler, 2017; Petryna, 2013; Ticktin, 2011), este capítulo analiza el despliegue de los dispositivos médicos, periciales y burocráticos que el sistema de seguridad social activa para la evaluación y atención de los trabajadores. A partir de la noción de “*continuum* de violencia” de Nancy Schepers-Hughes y Philippe Bourgois (2004), se observa que durante la trayectoria de los trabajadores se entrelazan “pequeñas guerras” que, en conjunto, tienen la potencialidad de reducir a los trabajadores a una condición socialmente vulnerable y deslegitimada.

Se argumenta que el *continuum* de violencia presente en la experiencia de los trabajadores se manifiesta de diversas formas: en la inestabilidad, precariedad y discriminación en el contexto laboral; en la desigualdad y fragmentación de la atención en salud; en el escrutinio médico y la tendencia a atribuir el malestar a características individuales (mentales o de personalidad), y la violencia burocrática ejercida a través de reiterados procesos periciales y rechazos institucionales. Esta violencia produce un sufrimiento que es a la vez psíquico y ontológico, en tanto no solo implica daño emocional y psicológico, sino que afecta negativamente el sentido mismo del ser y del estar en el mundo. Los sentimientos de desamparo, desorientación y alienación (Auyero, 2012; Epele, 2022), emergen entrelazados con la amenaza al propio sentido de identidad y valor social como persona trabajadora digna de reconocimiento y protección social. En síntesis, la violencia aquí descrita no solo priva de derechos y lesiona física y mentalmente a trabajadores, sino que también tiene el potencial de despojarlos de su capacidad de autodeterminación y del sentido de sí mismos.

Este tipo de sufrimiento no es un fenómeno aislado ni meramente individual, sino que se inscribe en un entramado estructural más amplio que atraviesa el sistema de seguridad social y las condiciones laborales en Chile. A lo largo de este capítulo, se analizará cómo la trayectoria de Alicia, y de otros trabajadores, se encuentra imbricada en dimensiones sociales históricamente arraigadas en la sociedad chilena, como la precarización del empleo, la fragmentación institucional, y la discriminación de clase y género. En este contexto, la salud mental se posiciona como un eje articulador del malestar social y psicológico. La trayectoria de Alicia, aunque situada en un extremo del *continuum* de violencia, representa un ejemplo de los miles de casos de trabajadores que anualmente presentan licencias por salud mental, ya sea en la salud común y/o en el seguro de salud laboral. Su experiencia es una expresión condensada de patrones que afectan en mayor o menor medida a otros trabajadores, en especial a mujeres, que transitan por este sistema.

Este capítulo se organiza en seis secciones. En la primera, se examina la literatura antropológica sobre violencia y sufrimiento social, deteniéndose en la noción de *continuum* de violencia en el contexto del trabajo y la seguridad social chilena. La segunda sección contextualiza histórica y socialmente las condiciones laborales de los trabajadores, delineando los factores estructurales y simbólicos que reproducen la precariedad y la discriminación de clase y género. Las tercera y cuarta ofrecen un análisis etnográfico de los rechazos de las aseguradoras de salud privada y ocupacional, respectivamente, enfocándose en la trayectoria médica, la burocracia y los procedimientos periciales que contribuyen a la deslegitimación de la experiencia de los trabajadores y la agudización de su malestar. La quinta aborda el final de la trayectoria con la resolución del caso y la renuncia de Alicia, describiendo el sufrimiento experimentado, y los actos de agencia y autodeterminación que emergen en medio de la incertidumbre y el despojo. Finalmente, se reflexiona brevemente sobre los alcances políticos, éticos y sociales del *continuum* de violencia que configura el sistema de seguridad social en Chile.

## **VIOLENCIA, INSTITUCIONES Y SUFRIMIENTO: UN MARCO CONCEPTUAL CRÍTICO**

En las últimas décadas, la antropología médica crítica y otras ciencias sociales han desarrollado un profundo marco conceptual sobre la violencia y su interrelación con los cuerpos, las subjetividades, las instituciones y las estructuras sociales. El concepto de “violencia estructural”, propuesto por el médico y antropólogo Paul Farmer (2003), hace referencia al sufrimiento físico y mental experimentado por personas

en contextos socialmente vulnerables. Basándose en las ideas de teólogos de la liberación y del sociólogo Johan Galtung, Farmer indica que la violencia estructural se refleja en la multitud de ofensas contra la dignidad humana, incluyendo la violencia performativa, así como también la indirecta y naturalizada, propagada a través de las desigualdades sociales (racial, de género y económica) que reproducen la opresión y el sufrimiento de grupos específicos. El concepto pone de relieve cómo las desigualdades económicas, políticas y sociales, incluyendo el acceso a la atención médica, la seguridad y la educación, tienen impactos directos en la salud de personas en contextos socialmente vulnerables.

En su repaso sobre la noción de violencia y sufrimiento en la literatura antropológica y de las ciencias sociales, Nancy Scheper-Hughes y Philippe Bourgois (2004) enfatizan que la etnografía debe abordar las diversas y múltiples formas de violencia que moldean la vida cotidiana de los individuos y comunidades. Para los autores, la violencia estructural es un concepto crucial para entender cómo la economía política opera directamente sobre la salud de las personas. Sin embargo, advierten que sin la correcta fundamentación contextual, puede acabar transformándose en una teoría lineal y determinista poco preparada para explicar las formas específicas de sufrimiento y opresión.

A partir de enfoques que han enfatizado el papel de los discursos, la vida cotidiana, las instituciones y las estructuras sociales en la conformación de la violencia, Scheper-Hughes y Bourgois (2004) proponen el concepto de “*continuum* de violencia” para dar cuenta de cómo distintas formas de violencia se sostienen y refuerzan mutuamente, en lugar de manifestarse como fenómenos aislados o excepcionales. Este entramado da lugar a la reducción de “los grupos socialmente vulnerables a no-personas prescindibles” a quienes se permite “matar, mutilar, y destruir el alma” (p. 19). Los autores sostienen que el *continuum* de violencia se compone de violencia política (ejercida por el Estado a través de la represión y/o criminalización); violencia estructural (derivada de la desigualdad social); violencia simbólica (reproducida a través de discursos dominantes), y formas de violencia normalizadas de la vida diaria, entre otras.

Más recientemente, el antropólogo Seth Holmes (2013) aplica el concepto de *continuum* de violencia para analizar la experiencia de trabajadores agrícolas inmigrantes en EE.UU. Su etnografía revela que los trabajadores, la mayoría originarios de la comunidad indígena Triqui de Oaxaca, México, está marcada por enfermedades y lesiones que no pueden explicarse plenamente por las circunstancias individuales, sino que están profundamente arraigadas al contexto social y político en el que se desarrollan sus vidas y trabajos. Holmes (2013)

remarca que los trabajadores Triqui están sujetos a inequidades y jerarquías sociales que producen condiciones laborales precarias, exponiéndolos a trabajos físicamente exigentes y peligrosos. Además, se demuestra cómo esta subordinación estructural se refuerza mediante la persecución política por parte del estado norteamericano; la reproducción y naturalización de estereotipos racistas por parte de supervisores y profesionales médicos, y en las interacciones rutinarias, donde se reproducen negligencias institucionales y agresiones a nivel comunitario.

En esta línea de investigación, la violencia institucional y burocrática toma un lugar crucial en la perpetuación de la exclusión, deshumanización y reproducción de desigualdades sociales (Auyero, 2012; Holmes, 2013; Scheper-Hughes, 1992). Desde esta perspectiva, el sociólogo Javier Auyero (2012), en su estudio sobre el aparato de seguridad social argentino, demuestra cómo la burocracia es una técnica de gubernamentalidad que normaliza la arbitrariedad de la espera y la incertidumbre en personas que buscan ayudas estatales. Su trabajo destaca cómo la institucionalización de la espera y la gestión del tiempo se transforma en un mecanismo de sometimiento de personas en situación de precariedad social.

Cuando estos mecanismos de dominación burocrática se entrelazan con el campo de la institucionalidad sanitaria, se producen formas distintivas de violencia que reconfiguran los cuerpos, subjetividades y relaciones sociales. Los estudios críticos sobre la psiquiatría y la salud mental –inspirados en distintas tradiciones teóricas, entre ellas la genealogía foucaultiana y la antropología médica crítica– han mostrado cómo los saberes, prácticas e institucionalidades psiquiátricas operan como dispositivos de poder que delimitan los márgenes de lo sano y lo patológico, regulando las formas legítimas de sentir, pensar y comportarse (Estroff, 1981; Martínez-Hernández, 1998; Rose, 1999, 2019).

En diálogo con estas perspectivas, Correa-Urquiza (2025) propone examinar el impacto de la psiquiatría en la subjetividad, la identidad y el mundo vital de las personas psiquiatrizadas, articulando la noción de “injusticia epistémica” (Fricker, 2017) con la teoría gramsciana de la transformación molecular de la personalidad. Su trabajo destaca la pérdida total o parcial de la jurisdicción sobre la propia vida que experimentan estas personas, especialmente en su posibilidad de significarla y habitarla según sus propios términos. Dicha pérdida, resulta del etiquetamiento diagnóstico, específicamente “de la socialización de los sujetos marcada por la nosología, del estigma asociado y las derivaciones del uso prolongado de los psicofármacos” (p. 100).

A partir de lo anterior, el *continuum* de violencia se configura como un entramado de mecanismos de poder y despojo que atraviesan

la experiencia social en un sentido amplio. Siguiendo a Kleinman et al. (1997), la experiencia del sufrimiento que emerge de mecanismos de opresión y exclusión se constituye como socialmente modelada e insertada en el seno de las relaciones intersubjetivas (Biehl et al., 2007; Das et al., 2000). En este sentido, el *continuum* de violencia que se despliega en contextos de precariedad y exclusión puede distorsionar mundos morales locales, causando la desorientación existencial y la sensación de alienación de la realidad social (Biehl, 2005; Correa-Urquiza, 2025; Epele, 2022).

Cabe notar que la investigación sobre sufrimiento social no solo analiza la potencialidad de la violencia para “deshacer” o fracturar el mundo social, sino también la capacidad de las personas de reha-cerlo mediante actos cotidianos de resistencia. El trabajo etnográfico sobre sufrimiento social muestra cómo las personas logran sostener la vida cotidiana mediante pequeños actos que les permiten resistir o trascender la violencia, conservando un sentido del mundo y de sí mismas. Estos actos incluyen levantar testimonios, establecer relaciones afectivas, realizar gestos de bondad, crear estrategias discursivas, y desafiar a la institución y al discurso dominante (Biehl, 2005; Das et al., 2000; Das, 2015).

Desde los enfoques críticos que abordan la violencia estructural, institucional y el sufrimiento social, este capítulo ilustra cómo el *continuum* de violencia, en el contexto del trabajo y la seguridad social chilena, es un fenómeno complejo que se manifiesta en múltiples formas interrelacionadas. Si bien la situación social de los trabajadores considerados en este estudio presenta una menor vulnerabilidad en comparación con la descrita por Holmes (2013) en Estados Unidos –al tratarse de trabajadores con vínculo laboral formal y cobertura en el sistema de seguridad social–, se observan, no obstante, paralelismos significativos. Como se desarrolla más adelante, el contexto laboral chileno se configura por precariedades derivadas de las reformas neoliberales y de una cultura laboral en la que históricamente se han reproducido formas de discriminación.

Además, en concordancia con otros contextos de América Latina (Nuijten, 2003; Lazar, 2020), el sistema estatal de seguridad social opera en un contexto donde la relación entre Estado y ciudadanía se caracteriza por su inestabilidad y ambivalencia, oscilando entre funciones protectoras y prácticas opresivas. La investigación sobre la burocracia y la seguridad social en la región ha mostrado cómo esta no responde necesariamente a una lógica de racionalidad formal, sino que en muchas ocasiones se configura en torno al procedimentalismo, el control social, la legitimación de discursos oficiales y el fomento de relaciones clientelares (Auyero, 2012; Jaramillo y Buchely, 2019).

De este modo, se producen condiciones que restringen el acceso a derechos en diversos ámbitos, incluido el de la salud, manteniendo a las personas en un estado de precariedad prolongada (Carreño et al., 2021).

Como se analiza a continuación, el *continuum* de violencia que experimentan los trabajadores en Chile está arraigado en prácticas burocráticas, institucionales y médicas que prolongan su precariedad y el malestar. Entre estas, se incluyen los múltiples procesos periciales y el escrutinio médico constante, la inestabilidad en acceso a tratamientos, la incertidumbre respecto a la cobertura de salud, y los reiterados rechazos institucionales.

En este contexto, el sufrimiento social que experimentan los trabajadores no se limita a manifestaciones visibles en la salud, como los daños psíquicos y físicos. Más bien, la violencia se inserta en la totalidad de la experiencia cotidiana, social e institucional, transformando las formas en que los trabajadores se reconocen y relacionan como sujetos sociales. En un entorno marcado por la inseguridad, la precariedad y la falta de reconocimiento, se erosiona la capacidad ontológica de reconocerse a sí mismos como sujetos sociales legítimos y dignos de cuidado. Sin embargo, se analiza también que, incluso en el umbral radical donde se desdibuja la posibilidad misma de ser reconocido socialmente, pueden emerger actos de agencia que, aunque pequeños, fragmentados e individualizados, permiten sostener un grado de autodeterminación y reinscripción en el entramado social.

### **CONDICIONES LABORALES, VIOLENCIA Y SUFRIMIENTO MENTAL**

Las experiencias de trabajadores que analizo en este capítulo, surgen en medio de transformaciones de las condiciones y relaciones laborales en Chile. Desde las reformas neoliberales implementadas durante la dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet (1973-1990), Chile se ha caracterizado por promover la desregulación del mercado, la liberalización del capital y la fragmentación de los vínculos sociales e institucionales. Estas transformaciones han llevado a la consolidación de una sociedad marcada por altos niveles de desigualdad socioeconómica, la precarización del empleo y una limitada cobertura de los sistemas de protección social (Fraile, 2009; Schild, 2013).

Desde el retorno a la democracia se han impulsado una serie de reformas laborales que, hasta cierto punto, han contrarrestado las medidas de desprotección del trabajo instauradas durante la dictadura. Por ejemplo, en 2016 se promulgó una ley orientada a fortalecer la negociación colectiva, debilitada estructuralmente por el Plan Laboral de 1979 y la persecución política ejercida contra el sindicalismo (Stecher y Sisto, 2019). Sumándose a lo anterior, recientemente, se

han impulsado nuevas reformas que han aumentado el salario mínimo y disminuido el tiempo de trabajo anual promedio<sup>4</sup>. Sin embargo, a pesar de estos importantes cambios, el empleo mantiene bajos niveles de calidad. Por ejemplo, se observan bajos ingresos en contraste con un alto costo de vida, altos niveles de informalidad, altos índices de rotación laboral, una marcada tendencia a la subcontratación y la persistencia de prácticas antisindicales<sup>5</sup> (Bravo, 2024; Cerdas-Sandí, 2017; Fundación Sol, 2024; OCDE, 2023).

En línea con lo anterior, la situación laboral de las personas que conocí durante este proyecto de investigación estaba marcada por la inestabilidad. A pesar de contar con contratos formales y con la protección del seguro laboral, la mayoría tenía empleos temporales. Se desempeñaban en labores poco especializadas, como empaquetadoras, cajeras o vendedoras, con excepción de quienes, como Alicia, ocupaban cargos técnicos en una agencia estatal o privada. Como es común en la composición de los hogares en Chile, la mayoría eran mujeres jefas de hogar monoparentales y principales proveedoras del ingreso familiar. En el caso de Alicia, si bien no era jefa de hogar, recaía sobre ella la responsabilidad de aportar al ingreso familiar; al ser la primera en haber accedido a la educación superior. Con sueldos bajos a medianos, ninguno lograba cubrir sus necesidades mensuales; por el contrario, dependían de créditos de consumo para solventar gastos básicos.

La precariedad laboral e inseguridad social es un eje central del *continuum* de violencia que experimenta Alicia y los demás trabajadores. A las dificultades estructurales, se le añaden aspectos negativos de la cultura laboral chilena. “Mi jefe cree que soy una máquina, no le importa si estoy agotada. Es muy jerárquico, y es injusta la forma en que reparte el trabajo”, indicó Alicia. Y añadió: “Me deja a cargo de mucho más trabajo que a los demás, solo porque así lo quiere”. De manera similar, otros trabajadores hablaron sobre horarios laborales

---

4 Dos de los cambios más relevantes implementados en los últimos años son el alza del ingreso mínimo a \$USD 500 aprox. y la reducción paulatina de la jornada laboral a 40 horas semanales. Estos logros históricos ocurrieron con posterioridad a la realización del trabajo de campo de esta investigación.

5 Estadísticas sobre las condiciones laborales en Chile señalan que la informalidad laboral alcanza al 28,1% del total de personas ocupadas y que solo cerca de un tercio de ese total cuenta con un empleo protegido (esto es, con contrato, estabilidad y acceso a protección social) (Fundación Sol, 2024). A esto se añade que Chile es uno de los países que presenta mayor fracción de trabajadores dependientes con una duración menor a 12 meses con su actual empleador (31%), lo que implica altas tasas de rotación laboral (Bravo, 2024). Las horas de trabajo promedio es de 1916 horas, muy por encima del promedio de la OCDE de 1716 horas (OCDE, 2023).

extendidos y turnos sin recibir pago adicional. Además, describieron experiencias de acoso laboral asociadas con prácticas de discriminación de género y de clase. Algunas mujeres trabajadoras indicaron haber sido tratadas de “gordas”, “tontas” y “flojas” por sus jefaturas y, en ocasiones, sus colegas, e incluso mencionaron amenazas de sus superiores cuando colaboraban en investigaciones internas sobre el ambiente laboral. En cuanto a Alicia, reportó que su malestar psíquico no había sido tomado seriamente por su jefatura y sus colegas, siendo naturalizado por su entorno como una exageración causada por su “naturaleza femenina”.

Estas experiencias reflejan la forma en que se reproducen relaciones jerárquicas, estilos de supervisión autoritarios y prácticas de discriminación en el mundo laboral chileno (Díaz et al., 2017; Ramos, 2014). La noción de la “flojera”, por una parte, ha sido históricamente asociada con la clase trabajadora, funcionando como un estigma que refuerza las desigualdades de clase (Araujo, 2016; Bowen, 2015). Sumado a esto, las trabajadoras mujeres suelen tener trabajos peores pagados y de menor estatus que los hombres, lo que las deja en una posición de menor autonomía y expuestas a actitudes machistas, acoso sexual y discriminación asociada con la maternidad (Díaz et al., 2017; Undurraga, 2013).

La reciente “Ley Karin” (Ley N°21.643), promulgada en 2024, representa un cambio legislativo y cultural significativo en la materia, orientado a prevenir el acoso y la violencia en los espacios laborales. La ley rinde homenaje a Karin Salgado, profesional técnica de la salud que, en 2019, se suicidó tras haber sido víctima de acoso laboral. Su caso evidenció la urgente necesidad de establecer un marco conceptual y legal más sólido sobre la violencia laboral, centrando la atención en la regulación de relaciones jerárquicas y en la prevención de la violencia de género. El caso remarcó, además, la necesidad de poner mayor atención al sufrimiento psíquico de los trabajadores.

Ahora bien, la relación entre condiciones laborales deficientes, acoso laboral y aflicciones mentales venía discutiéndose desde hace décadas por académicos, agencias estatales, sindicatos, aseguradoras y empleadores. Desde comienzos de la década de 2000, académicos y políticos con una aproximación social crítica han argumentado que el alza de la tasa de enfermedades mentales en Chile se debe a la inseguridad social que producen las políticas neoliberales (Aceituno et al., 2012; Stecher y Sisto, 2019). Por ejemplo, Stecher y Sisto (2019) argumentan que la competitividad y las altas cargas de trabajo, las escasas oportunidades de negociación colectiva, el cambio hacia valores como el individualismo y la autonomía, y la sensación generalizada de falta de seguridad social, han causado serios efectos negativos en

la sociabilidad en el mundo del trabajo y en la salud física y mental de los trabajadores.

Con todo, la respuesta estatal frente a la problemática de la salud mental en el trabajo ha privilegiado un enfoque de gestión de riesgos por sobre una mirada crítica que cuestione las condiciones estructurales del malestar (Miranda, 2017). En las décadas de 2000 y 2010, funcionarios públicos e investigadores de la salud pública introdujeron el concepto de “riesgos psicosociales” a la salud ocupacional local. Este es un concepto promocionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que remarca cómo aspectos del diseño y la organización del trabajo tienen el potencial de causar daños psicológicos y físicos a los trabajadores (Cox y Griffiths, 2005). A partir de este marco analítico y de gestión, se han desarrollado debates, políticas, protocolos y procesos burocráticos que buscan identificar, definir, apalear y prevenir riesgos psicosociales en el trabajo. En algunos de ellos, se ha hecho hincapié en aspectos de la cultura y la organización del trabajo considerados específicos del contexto chileno, configurándolos como “riesgos”. Por ejemplo, las relaciones autoritarias, la doble carga de trabajadoras mujeres y la cultura de largas jornadas laborales (Alvarado et al., 2012; Ansoleaga et al., 2019). Ahora bien, a pesar del reconocimiento de factores sociales en el sufrimiento mental laboral, la aproximación dominante ha priorizado las lógicas de eficiencia y control, así como la individualización y biologización del diagnóstico y el tratamiento (Miranda, 2017).

Como se muestra a continuación, en el sistema de seguridad social predomina una tendencia a individualizar los problemas sociolaborales, lo que conduce a la sospecha y a la desestimación de las experiencias que ponen en cuestión los factores estructurales de exclusión presentes en el mundo del trabajo. Aunque existen mecanismos de denuncia y acceso a la atención médica, estos se encuentran mediados por circuitos médico-legales fragmentados y poco coordinados, que suelen dificultar y prolongar el proceso de evaluación y reconocimiento del malestar.

En los siguientes apartados se analizan los dos momentos en que Alicia es rechazada, primero por el sistema de salud privado y luego por el seguro laboral, mostrando los dispositivos médico-legales que se activan para su evaluación, atención y tratamiento, y las formas en que su experiencia laboral y psíquica es progresivamente deslegitimada.

### **PRIMER RECHAZO: EL SISTEMA DE SALUD**

El primer lugar al que acude Alicia es la consulta privada de un médico psiquiatra. Aunque sabía que, tratándose de un problema asociado

con el trabajo, podía acceder de manera gratuita al servicio ofrecido por el seguro laboral, decidió evitar las mutualidades y mantener el proceso en reserva para no involucrar a su empleador, quien financia dicho seguro –más adelante se explicita el funcionamiento del seguro laboral–. El sistema no ocupacional en Chile, es decir, el denominado “sistema de salud común”, se divide en un subsistema público, a partir del Fondo Nacional de Salud (FONASA<sup>6</sup>), y otro privado, a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES<sup>7</sup>). Hacía ya un tiempo que Alicia había optado por una aseguradora privada, pues tenía la posibilidad de pagarla y conocía, por experiencias previas, las deficiencias estructurales de la atención pública.

Luego de las reformas neoliberales de la década de 1980, el sistema de salud público se vio debilitado debido a recortes presupuestarios, la descentralización del sistema de gestión y la creación de las aseguradoras privadas (Alonso, 2007). Estas transformaciones provocaron la desigualdad en el acceso a la salud y, para el caso de la salud pública, un importante déficit de recursos físicos, humanos y administrativos. La salud mental, en particular, ha sido históricamente un campo mal financiado en el sistema de salud público, lo que ha causado una brecha en el cumplimiento de necesidades asistenciales básicas (Errázuriz et al., 2015). Las trayectorias terapéuticas en este sistema pueden estar marcadas por esperas prolongadas, diagnósticos contradictorios y barreras económicas (Betancur Alvarado, 2024).

Las experiencias de los trabajadores y trabajadoras de este estudio se inscriben en este sistema de salud fragmentado y desigual. La mayoría estaba afiliada al sistema público de salud común, lo que los dejaba en una posición de mayor vulnerabilidad que la de Alicia para enfrentar sus problemas de malestar mental. Esta situación los llevaba, con frecuencia, a depender en mayor medida de la aseguradora laboral (mutualidad), dado que esta ofrece un acceso más expedito y gratuito a evaluaciones y tratamientos.

En el caso de Alicia, sin embargo, la posibilidad de atenderse rápidamente en el sistema común privado no se tradujo en una búsqueda temprana de ayuda. A pesar de contar con los medios para hacerlo, retrasó la consulta durante meses, movida por un sentimiento de culpa por “fallar” en el trabajo y a su familia. Cuando finalmente acudió al especialista, tenía la esperanza de que le dieran unos pocos días de descanso y un tratamiento leve. Sin embargo, del despacho

---

6 FONASA atiende aproximadamente al 83% de la población chilena.

7 Las ISAPRES atienden alrededor del 17% de la población, concentrando a los sectores de mayores ingresos o empleo formal estable.

salió con una licencia por quince días, una receta de antidepresivos y ansiolíticos, pastillas para dormir, y una derivación al psicólogo. El diagnóstico fue “depresión severa” y, según Alicia, la psiquiatra agregó que debía tomarse seriamente su enfermedad. “Te lo voy a decir así”, dijo Alicia que fue la instrucción de la psiquiatra: “Si no te tomas esta licencia, vas a colapsar. Tu cuerpo va a colapsar. Te puede dar hasta un infarto”.

La reticencia de Alicia de acudir al médico puede interpretarse como una manifestación de normas sociales propias del neoliberalismo, que interpelan a los individuos a maximizar su potencial y demostrar esfuerzo individual como forma de validez social (Scharff, 2016). En este marco, reconocer un malestar mental tiende a ser interpretado como una falla personal más que como resultado de estructuras sociales perjudiciales (Rose, 1999, 2019). En Chile, estas expectativas y visiones individualizantes de la salud mental han tomado fuerza desde la década de 1990. Si bien existen paradigmas sociales de salud mental que han sido promovidas por el Estado a través de políticas públicas (Minoletti y Zaccaria, 2005), la investigación social reciente muestra que tanto el discurso público como el del profesional de la salud tiende a reproducir visiones de corte individualistas que vinculan el sufrimiento psíquico principalmente con funciones neurobiológicas y/o psicológicas (Abarca-Brown, 2024; Han, 2012; Maino, 2022).

Entrelazado con lo anterior, existe una razón adicional por la que Alicia prefería no acudir al médico: evitar ser sometida a la burocracia y al rechazo institucional. Después de la consulta psiquiátrica, Alicia me llevó a tomar un té a una gasolinera. Me dijo que se sentía aliviada de haber hablado con la doctora, sin embargo, también expresó preocupación:

Me da miedo que me rechacen la licencia, tener que ir a apelar, moverme de un lado a otro llevando papeles. Aparte de lo caro que me saldría pagar [si es que me rechazan], es más bien que me pongan en duda cómo me siento.

Su reflexión reflejaba un profundo miedo a ser deslegitimada en su sufrimiento: “¿Qué tengo que hacer para mostrar que estoy mal?”, se preguntaba a sí misma mientras conversábamos, “como esto no es un brazo roto, entonces hay más espacio para la tela de juicio”.

La literatura antropológica sobre demandas de atención en salud ha demostrado cómo el reconocimiento institucional y social de lesiones físicas y psíquicas dependen, en última instancia, de su visibilidad y “resonancia moral” (Ticktin, 2011; Fassin y d’Halluin, 2005; Molé, 2012; Petryna, 2013). Sobre todo, cuando una lesión no deja marcas

visibles en el cuerpo, la institucionalidad exige que se demuestre que el solicitante de atención, compensación y/o refugio sea “moralmente legítimo” (Ticktin, 2011). Alicia percibe esta exigencia incluso después de ser diagnosticada de depresión, anticipando que será inevitablemente juzgada por su aseguradora. Ella sabe que, más allá de la veracidad de su sufrimiento, será cuestionada en su condición de merecedora de cuidado y respaldo social. A la angustia previa dada por las condiciones laborales, se suma un sufrimiento existencial vinculado con la incertidumbre sobre cómo demostrar la profundidad de la lesión y el propio valor moral:

¿Qué debo hacer si llega el perito de la ISAPRE? ¿Qué van a revisar? ¿Si estoy en reposo? ¿Cómo debo estar? ¿Tirada en la cama durmiendo? O si ven que tengo la cara más descansada porque ya he logrado dormir, ¿me van a rechazar la licencia? Eso es lo que más me afecta.

Trece días después, Alicia me escribe un mensaje diciendo que, tal como lo había temido, su ISAPRE le había rechazado su licencia. En el mensaje, me explica que la habían derivado al seguro laboral debido a que el reporte psiquiátrico indicaba posibles causas ocupacionales de su malestar. “La ISAPRE se niega a pagarme cualquier prestación hasta que se determine si mi enfermedad es ‘común’ o si es ‘laboral’”, dice. Luego añade en su mensaje emoticones expresando angustia y llanto, y agrega: “Estoy con los nervios de punta, espero que no me rechacen en todos lados”.

## **SEGUNDO RECHAZO: EL SEGURO LABORAL**

Durante las semanas siguientes al primer rechazo por parte de su ISAPRE, Alicia pasó por un proceso muy engorroso de evaluaciones, tratamientos y papeleos, lo que implicó largos traslados por la ciudad y la imposibilidad de tomar los días de reposo indicados por la primera psiquiatra. La ISAPRE solicitó un peritaje psiquiátrico, lo que significó que Alicia debió dar su testimonio a un nuevo profesional médico en una oficina del centro de Santiago de Chile. Al mismo tiempo, la institución que administra el seguro laboral (mutualidad) la citaba para una serie de evaluaciones médicas en otra zona de la ciudad.

En Chile, el seguro laboral es parte del sistema de seguridad social. Se rige por la Ley de Accidentes y Enfermedades Profesionales (N°16.744), promulgada en 1968, y opera de manera independiente del sistema de salud. Es financiado por los empleadores y administrado por aseguradoras o mutualidades, que son entidades privadas sin fines de lucro, excepto por una que es de carácter público. Las mutualidades realizan diversas tareas relacionadas con la salud ocupacional,

como prevenir riesgos laborales, ofrecer atención de salud y compensar a los trabajadores por accidentes y enfermedades del trabajo. Ahora bien, también poseen la capacidad de rechazar la cobertura a un trabajador, si consideran que la lesión y/o enfermedad no es causada por el trabajo.

Históricamente, la salud ocupacional ha sido clave en el reconocimiento de los riesgos, lesiones y derechos laborales en Chile<sup>8</sup> (Ortúzar, 2015; Vergara, 2005). Su enfoque, sin embargo, se ha centrado principalmente en la prevención de accidentes y en el tratamiento de enfermedades físicas derivadas del trabajo manual. Aunque el seguro laboral, tal como se conoce en la actualidad, contempla desde sus orígenes la posibilidad de que existan trastornos mentales asociados con el trabajo, la expansión de esta área dentro de las mutualidades es un fenómeno relativamente reciente (Miranda, 2017).

Esta ampliación ha sido impulsada por diversos procesos que se entrecruzan, entre ellos las reformas en las políticas de salud mental en Chile, que han motivado la expansión en el acceso a la atención psicológica y psiquiátrica; el aumento sostenido de denuncias y licencias por causas psiquiátricas; las transformaciones en las formas de trabajo, especialmente con el crecimiento del sector de servicios; y el progresivo esfuerzo de agencias estatales y académicos por reconocer y regular el daño psíquico asociado con el trabajo (Miranda, 2017; Almonte, 2018). En este contexto, y dada la creciente demanda de evaluación y tratamiento psicológico, las mutualidades se han visto en la necesidad de incorporar las áreas de psiquiatría y psicología en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trabajadores asegurados<sup>9</sup>. Actualmente, los trastornos psiquiátricos son las principales enfermedades ocupacionales en Chile (68%), superando ampliamente a las enfermedades musculoesqueléticas y broncopulmonares (SUSESO, 2023).

Una vez reciben una solicitud médica o “denuncia” por salud mental, las mutualidades comienzan un proceso de evaluación y peritaje que tiene como objetivo determinar si la aflicción y/o enfermedad tiene “causa ocupacional” o es de “origen común” (no ocupacional). Esto incluye evaluación médica, psicológica, y un peritaje de riesgos

---

8 Antes de la consolidación de las mutualidades del seguro laboral, que en su mayoría dependen de asociaciones de empleadores, existieron mutuales organizadas por trabajadores en asociaciones de socorro mutuo desde el siglo XIX. Sin embargo, el mutualismo obrero entró en crisis con el avance de la seguridad social estatal a mediados del siglo XX y la promulgación de la ley N°16.744.

9 En 2023, los diagnósticos de salud mental concentraron la mayor proporción de denuncias individuales por enfermedad profesional (DIEP), representando un 37% del total, tras variaciones en años previos asociadas al impacto del COVID-19 (SUSESO, 2023).

psicosociales en el lugar del trabajo. Su calificación tiene un peso importante en las relaciones laborales, incluyendo las cotidianas y las litigantes, ya que tienen el poder de legitimar o rechazar las denuncias, reclamos y sufrimiento de los trabajadores sobre su trabajo y ambiente interpersonal laboral. Ahora bien, en esta posición enfrentan un conflicto de interés, ya que al ser entidades privadas financiadas por empleadores, la tendencia es a restringir el acceso a sus servicios<sup>10</sup>. En este contexto, la tasa de rechazo a cobertura de enfermedades mentales suele estar entre el 70% al 80%. En 2019, fue de 80% en mujeres y 81% en hombres (SUSESOS, 2020).

Durante el proceso de evaluación en la mutualidad, Alicia tuvo que relatar su situación en cinco ocasiones. La primera fue en el servicio de urgencias de la mutualidad, donde inicialmente habló con el personal de recepción, quien le exigió detalles de su caso en razón de determinar a dónde derivarla. Ese mismo día, fue atendida por dos médicos generales distintos. Al final de la jornada, le informaron que debía regresar otro día para ser evaluada por un médico del departamento de enfermedades laborales, en lugar de los médicos de urgencias. Tres días después, en medio de la incertidumbre provocada por la finalización de su licencia anterior y la duda de si debía reincorporarse a su trabajo, Alicia tuvo que dar dos nuevas declaraciones en el centro de enfermedades laborales de la mutualidad: una ante un médico, y otra ante un psicólogo.

Aún más, en la primera de estas evaluaciones, a Alicia se le pidió que entregara el nombre de dos personas de su trabajo para que sean sus “testigos” en el peritaje de su lugar de trabajo. Se le informó que, conforme con las regulaciones sobre la calificación de enfermedades profesionales, su empleador debía ser notificado del procedimiento con el fin de realizar una evaluación de riesgos psicosociales en el lugar de trabajo. Esto implicaba, además, que el empleador debía presentar dos “testigos” de su parte. Así, sin previa explicación, Alicia no solo había entrado a un proceso de evaluación y calificación para el acceso a cobertura de salud, sino además a un proceso cuasi-legal, de carácter no anónimo, en confrontación directa con su empleador.

La investigación antropológica sobre salud ocupacional ha relevado la compleja interconexión de elementos culturales, políticos, morales, regulatorios y epistémicos en la constitución de criterios y mecanismos de evaluación de lesiones físicas y mentales asociadas

---

10 Las mutualidades suelen justificar las restricciones en el acceso al sistema de salud ocupacional, señalando la dificultad de demostrar la relación de causa y efecto entre los factores de riesgo psicosocial presentes en el trabajo y la dolencia mental (Miranda, 2017).

con el trabajo (Kitanaka, 2012; Molé, 2012; Murphy, 2006). Por ejemplo, Junko Kitanaka (2012) muestra cómo la inclusión del concepto de “depresión” en la salud laboral de Japón respondió a un proceso de contienda epistémica y política sobre la causalidad de la enfermedad, en el que participaron trabajadores, sindicatos, empleadores y médicos psiquiatras. La autora sostiene que los psiquiatras japoneses argumentaron que en entornos laborales de alto estrés, los más vulnerables a tener problemas de salud mental no son los trabajadores predispuestos biológica o psicológicamente, sino que los trabajadores modelo, aquellos que tienen una fuerte ética del trabajo y son susceptibles a la sobrecarga laboral. Así, los debates jurídicos y políticos del contexto japonés contribuyeron a conceptualizar la enfermedad mental como un producto de la interacción entre el individuo y la cultura laboral nacional.

En Chile, como he señalado en otros trabajos, la disputa por la causalidad de la enfermedad está marcada por la presencia de regulaciones legales y epistemologías médicas dominantes que tienden a aislar el origen de la enfermedad laboral en un evento o riesgo específico. Siguiendo la lógica tradicional de los accidentes laborales, los estudios sobre riesgos psicosociales y las evaluaciones psicológicas y psiquiátricas buscan establecer una causalidad única y directa entre el lugar de trabajo y el malestar. En estas evaluaciones, los rasgos biológicos y psicológicos del trabajador se interpretan como posibles “faltas internas” que obstaculizan la relación causal, al impedir que el trabajador se “adapte correctamente” al entorno laboral. A diferencia del caso japonés, donde el malestar mental se considera un problema causado en gran parte por el ambiente laboral; en la salud ocupacional chilena los problemas de salud mental se perciben mayoritariamente como reflejo de debilidades internas de los trabajadores (Bowen, 2022).

A lo anterior, se suman disputas de poder y valoraciones socio-morales sobre los trabajadores que interfieren en el proceso de reconocimiento de un malestar relacionado con el trabajo. Michelle Murphy (2006), en su libro sobre la emergencia del “síndrome del edificio enfermo” y la exposición a productos químicos en el ambiente del trabajo, demuestra cómo la salud ocupacional suele ser un espacio de luchas de poder en el que comúnmente se infravaloran los testimonios de trabajadores, especialmente los de mujeres. En el caso de Chile, mi investigación doctoral muestra que, a pesar de que existen regulaciones y protocolos diseñados para recoger la experiencia de los trabajadores e identificar riesgos psicosociales laborales (SUSESO, 2025b), en la práctica perviven estigmas histórico-morales de clase y de género que promueven la desvaloración del testimonio de los trabajadores. Aún más, el consenso entre profesionales de la salud ocupacional es

que el trabajo es relativamente inocuo, incapaz de producir por sí solo un daño profundo en la *psique* del trabajador (Bowen, 2022).

En coherencia con lo expuesto anteriormente, un mes después de la primera visita al médico de la mutualidad, Alicia recibió la noticia de que el seguro laboral había rechazado su licencia. En la resolución se indicaba que su malestar psíquico, según como era interpretado por la mutualidad, no era causado por el trabajo, sino que de “origen común”. Alicia comprendió de inmediato lo que esto significaba. En una llamada telefónica que tuvimos luego de la resolución, me dice: “Están diciendo que todo sale [emerge] de mí”. Así es como luego de ser rechazada, tanto por su seguro de salud como por el laboral, su caso pasó directamente hacia la SUSESO, institución que fiscaliza la seguridad social.

### **RETORNO AL PUNTO DE PARTIDA: SUFRIMIENTO PSÍQUICO-ONTOLÓGICO Y ACTOS DE AUTODETERMINACIÓN**

Durante el tiempo que demoró la sentencia de la SUSESO, la mutualidad estuvo obligada a otorgar prestaciones médicas a Alicia para evitar demoras en el acceso a tratamiento<sup>11</sup>. Así, Alicia accedió a un nuevo tratamiento psiquiátrico, que fue diferente al que había sido indicado por la primera psiquiatra. Luego, la SUSESO determinó que su caso no era ocupacional, por lo que Alicia fue obligada a cambiar nuevamente de psiquiatra, y optar por uno que estuviera afiliado a su ISAPRE. Con este último, se contabilizan un total de diez testimonios y un retorno al punto de partida, aunque no el mismo tratamiento médico.

El circuito aquí descrito dejó a Alicia visiblemente exhausta y desorientada, sintiéndose sobreexpuesta, y sin tener claridad del diagnóstico, el tratamiento y de cuándo debía reintegrarse al trabajo. En línea con los hallazgos de Auyero (2012), la espera y la burocracia dejaron a Alicia en un estado liminal, caracterizado por la confusión e incertidumbre respecto a su situación laboral, su cobertura de salud y su tratamiento médico.

Ahora bien, esta experiencia no se agota en la espera ni en la lógica burocrática. El caso de Alicia revela una forma de sufrimiento particular vinculado con el acoplamiento de diferentes tipos de violencia que se potencian mutuamente. El *continuum* de violencia que

---

11 El artículo 77 bis de la ley 16.744 de Chile establece el procedimiento para solicitar prestaciones médicas o económicas cuando se rechaza una licencia o reposo médico. Indica que el trabajador debe concurrir al organismo de régimen provisional, común o profesional, que no sea el que rechazó la licencia o reposo, el cual está obligado a otorgar las prestaciones (IST, 2017).

se describe en este capítulo abarca la experiencia laboral y la trayectoria dentro del sistema de seguridad social, incluyendo precariedad laboral, discriminación de género, exceso de burocracia, escrutinio médico, responsabilización psiquiátrica y rechazo institucional.

El sufrimiento que emerge de este *continuum* de violencia no puede describirse únicamente en términos psíquicos o mentales. Junto con la angustia y los síntomas depresivos asociados con el proceso de revictimización institucional que implica verse obligada a relatar una y otra vez la propia experiencia, aparece también una forma de sufrimiento ontológico que se acopla al padecimiento mental. Este sufrimiento desestabiliza las coordenadas fundamentales de la existencia y dificulta sostener una narrativa coherente sobre sí y sobre el lugar social que se habita. Esta experiencia guarda resonancias con la de las personas psiquiatrizadas que, según Correa-Urquiza (2025), se ven expuestas a una posible muerte social y hermenéutica. No obstante, en este caso la amenaza no proviene principalmente de la cooptación nosológica psiquiátrica –aunque la psiquiatría ocupacional también produce marcos que delimitan la experiencia–, sino de la acumulación e interrelación de diversas formas de violencia y de las fallas en los marcos normativos de reconocimiento social.

En definitiva, el sufrimiento psíquico-ontológico remite a la desesperanza y la alienación que se producen al ser objeto de una degradación de la identidad social y de la negación de un lugar social legítimo. Hacia el final del proceso, Alicia formulaba su sufrimiento en términos de “estar desencajada”. Decía que ya no se reconocía a sí misma, que se miraba al espejo y veía una “versión malograda de sí misma”. El haber sido evaluada diez veces y el que la hayan rechazado en todas las instancias de la red de seguridad social, le indicaba a Alicia que ella no era socialmente reconocida como merecedora de cuidado y protección. Al contrario, durante el proceso prevaleció la sospecha a su testimonio y la responsabilización del malestar a su propia psicología. Además, el hecho de que su caso hubiera vuelto al punto de partida (ISAPRE), le indicaba a Alicia que las decisiones y procedimientos del proceso burocrático, los cuales tenían repercusiones graves para ella, eran ejecutados de manera indiferente y desprovista de sensibilidad. En otras palabras, el sufrimiento psíquico-ontológico es producto de la banalidad del sistema y de la falta de reconocimiento social.

Así, el sufrimiento psíquico-ontológico se articula en torno a marcos normativos sociales –que siguiendo a Judith Butler (2017)– reconocen las “vidas merecedoras de ser lloradas”. Butler argumenta que existen criterios sociales que deciden qué vidas son dignas de ser reconocidas en la esfera pública, política e institucional como “vidas que

importan”. Las vidas que no son reconocidas como merecedoras de duelo, son sometidas a ciclos de violencia y deshumanización, siendo despojadas de su valor social y dignidad.

En el contexto de la seguridad social chilena, los marcos normativos de reconocimiento social exigen la demostración de cierta “pulcritud” moral por parte de los trabajadores (Ticktin, 2011). En particular, evadir ser etiquetado con estigmas históricamente arraigados a la clase trabajadora y el género, como la “flojera” y el “oportunismo” y, en el caso de las mujeres, el “exceso de emocionalidad”. En caso contrario, el proceso institucional aquí descrito funciona como un mecanismo médico, jurídico y moral que deslegitima las denuncias, los testimonios y el sufrimiento mental de trabajadores.

Cuando Alicia volvió a reintegrarse al trabajo, a mediados de 2019, se encontró con un ambiente hostil y de desconfianza. Su supervisor había tomado el peritaje de la mutualidad como una afrenta hacia su persona, y los colegas creían que su ausencia no había sido justificada y que sus licencias habían sido falsas. Así, la situación laboral se hizo insostenible y, luego de unos meses, Alicia renunció a su trabajo y se fue a vivir fuera de la ciudad con su pareja. Ahora bien, la renuncia de Alicia y su decisión de irse de la ciudad no debiera interpretarse como una muerte social o una muestra de docilidad. El *continuum* de violencia y el sufrimiento psíquico-ontológico experimentado por Alicia no terminó en un despojo absoluto. A pesar de experimentar “pequeñas guerras” que buscaron deslegitimarla (Scheper-Hughes y Bourgois, 2004), Alicia fue capaz de realizar actos de agencia durante y después del proceso que le permitieron restaurar su capacidad de autodeterminación.

Siguiendo la investigación antropológica del sufrimiento que recalca los actos de agencia cotidiana que trascienden la violencia (Biehl, 2005; Das et al., 2000; Das, 2015), esta etnografía también demuestra la capacidad de constituir espacios de dignidad y valor social en contextos de incertidumbre y despojo. Alicia y los demás trabajadores usaban, entre otras estrategias, mecanismos disponibles del sistema de seguridad social para desafiar las narrativas y definiciones sobre sí mismos impuestas por los mecanismos de evaluación y rechazo institucional. Mediante apelaciones y quejas, algunos trabajadores argumentaron no solo en contra del resultado de su calificación de enfermedad, sino también de los diagnósticos emitidos por profesionales de la salud. Por ejemplo, Carol, una trabajadora del sector de educación en una situación similar a la de Alicia, presentó una queja en la mutualidad rechazando su diagnóstico de “trastorno de adaptación”, argumentando que no era ella quien debía “adaptarse” al acoso laboral, sino que el entorno de trabajo era el que debía cambiar.

Más aún, algunos trabajadores participaron de apelaciones a la SUSESO y de procedimientos legales mediante la Dirección del Trabajo, con el fin de recuperar el control de la narrativa sobre sí mismos. Siguiendo a Sara Ahmed (2021), en su análisis sobre el concepto de la “queja institucional” (*complaint*), estos mecanismos pueden comprenderse como una expresión político-afectiva de rechazo que desafían las narrativas oficiales que culpabilizan al individuo. En algunos de los casos que observé durante mi trabajo de campo, estos procesos de queja lograron revertir la calificación y hacer que, por ejemplo, el empleador asumiera responsabilidad por el malestar psíquico, un antecedente clave para eventuales procesos judiciales. Pero, más allá de demostrar la lesión y la transgresión, estos mecanismos de rechazo también configuran una forma de autoafirmación frente a la autoridad y estructuras de poder.

En otras ocasiones, algunos trabajadores decidieron buscar caminos de autodeterminación alternativos al institucional, desvinculándose de sus lugares de trabajo y entablando relación con organizaciones comunitarias y sociales. Estas decisiones iban de la mano de un discurso colectivo y crítico social, en el que sus lesiones psíquicas se contextualizan política y socialmente para referirse a injusticias sociales más amplias. Cuando Alicia decide renunciar e irse a vivir a una comunidad rural, su narrativa cambia desde una mirada culposa sobre sí misma hacia una visión crítica sobre la sociedad. “Yo tenía una enfermedad, pero no era solo yo”, me dijo en una de nuestras conversaciones después de terminar el proceso burocrático. Y agregó:

Es el capitalismo que nos oprime, que te hace pensar que eres mejor persona en la medida que te desempeñas en lo laboral y que puedes comprar todo lo que necesitas. Yo creía que un desempeño espectacular me hacía ser mejor que el resto, pero no es así. El que no se cuida, queda expuesto. Yo tomé consciencia de que mi normalidad de trabajo no era normal. Ahora que vivo en el campo, la vida me cambió, para mucho más que bien.

La emergencia de una narrativa socialmente crítica en el discurso de Alicia refleja una profunda transformación subjetiva en el que se cuestiona la responsabilización individual y los múltiples rechazos experimentados. Dicha reinterpretación de la propia experiencia se vio potenciada con las intensas movilizaciones civiles que caracterizaron el año 2019 en Chile, especialmente desde octubre a diciembre, período conocido como el “estallido social”. Poco tiempo después de que Alicia retornara al trabajo, en Chile se desplegaron importantes revueltas sociales que cuestionaron los profundos problemas estructurales de

la sociedad chilena, desde la desigualdad socioeconómica, la corrupción, las faltas institucionales hasta el histórico abuso de poder de la clase dirigente (Araujo, 2019). En este contexto, los sindicatos y asociaciones de funcionarios que habían estado ausentes del proceso de Alicia, tomaron fuerza en denunciar problemáticas estructurales del mundo laboral (Pérez, 2020). También fueron relevantes las movilizaciones feministas que lograron visibilizar la violencia de género en diferentes espacios de la vida cotidiana e institucional, incluido el contexto laboral (Valenzuela y Madariaga, 2021).

De esta forma, el caso de Alicia demuestra que el sufrimiento psíquico-ontológico puede ser contrapuesto mediante actos de reinterpretación y apropiación de la propia narrativa y el lugar social que, en este caso, estuvieron entrelazados con procesos sociales de empoderamiento más amplios. Ahora bien, desde el trabajo etnográfico se observa que la autodeterminación no es necesariamente una reacción explícita de protesta o queja formal, sino que se puede configurar como una postura afectiva y política constante, desplegada en las diferentes áreas de la vida cotidiana, que busca nuevas posibilidades de reconocimiento tanto dentro como fuera de la institucionalidad.

## CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo se ha analizado en detalle el *continuum* de violencia en el que se despliega la trayectoria de Alicia y otros trabajadores que viven experiencias similares, al momento de presentar un problema de salud mental asociado con el trabajo. Esta experiencia revela que la violencia a la que se exponen los trabajadores se configura como un proceso continuo, en el marco de las relaciones sociolaborales y el sistema de seguridad social en Chile.

Esta forma de violencia se configura como estructural, al emerger de condiciones laborales precarias e inseguras que afectan con mayor fuerza a los grupos sociales más vulnerables, incluyendo las mujeres que ocupan cargos de baja jerarquía y perciben ingresos bajos o medianos. También se trata de una forma de violencia simbólica, al incorporar elementos discriminatorios de clase y género profundamente arraigados en la cultura laboral y reproducidos en las evaluaciones médicas del sistema de seguridad social. Al mismo tiempo, constituye una forma de violencia institucional, ejercida a través de mecanismos médico-legales altamente burocráticos que desconfían de los testimonios y de la capacidad psíquica de los trabajadores y que, además, cuestionan de manera sistemática la pertinencia de la cobertura y del tratamiento médico.

El sufrimiento social que experimenta Alicia y otros trabajadores se encarna en la *psique* y el cuerpo, afectando directamente su salud.

Sin embargo, más allá del padecimiento, este capítulo subraya el impacto socio-moral de los procesos institucionales de deslegitimación social. El análisis etnográfico visibiliza que la seguridad social en Chile contempla mecanismos de rechazo institucional, que no solo limitan el acceso al tratamiento y al cuidado, sino que erosionan el sentido de pertenencia, la dignidad y la subjetividad. El sufrimiento es, a la vez, psíquico y ontológico, puesto que involucra una profunda sensación de alienación ante la restricción del reconocimiento social, el cual determina quiénes son considerados dignos de protección colectiva.

Ahora bien, el sufrimiento no se traduce necesariamente en docilidad o sumisión. La etnografía de Alicia y de otros casos muestra que, a lo largo de la trayectoria, se despliegan actos de autodeterminación que, aunque limitados y disgregados, contrarrestan la erosión subjetiva. Más que actos puntuales o de gran envergadura, la autodeterminación se comprende mejor como una actitud persistente y cotidiana, capaz de reactivar redes sociales y de reescribir narrativas estigmatizantes sobre sí. Si bien no se observaron mecanismos sindicales de resistencia, más allá de cierto acompañamiento en las diligencias con el seguro laboral, se aprecia un potencial de reorganización colectiva y, sobre todo en el actual contexto de cambios legislativos significativos, de un cuestionamiento más amplio de las condiciones laborales precarias y de las relaciones laborales hostiles.

El caso de Alicia no es una excepción, sino que encarna de forma representativa un problema más amplio y profundo de violencia estructural y limitación del reconocimiento social en Chile. Su experiencia se inscribe en una estructura mayor de desarticulación del sistema de seguridad social que, como advierte Miranda (2017), exige la disociación del “sujeto común” del “sujeto trabajador”. El análisis de la trayectoria etnográfica permite comprender este problema social desde las formas encarnadas de la experiencia, traspasando los límites impuestos por las categorías institucionales y adentrándose en los espacios porosos donde distintas violencias se entrelazan y se viven de forma simultánea.

Este enfoque desnaturaliza contextos de sufrimiento poco visibilizados y permite observar cómo las fisuras de un sistema fragmentado se manifiestan en los cuerpos y en las mentes de quienes lo habitan, mostrando que el sistema de seguridad social no puede entenderse solo a partir de sus normas o procedimientos, sino también desde las experiencias corporales y emocionales que produce. En este contexto, se vuelve imperativo cuestionar las bases éticas y políticas que sostienen el régimen actual, considerando la complejidad que implica promover el bienestar social e individual en un escenario marcado por la precariedad.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Abarca-Brown, Gabriel (2024). Becoming a (neuro) migrant: Haitian migration, translation and subjectivation in Santiago, Chile. *Medical Anthropology*, 43(3), 262-276. <https://doi.org/10.1080/01459740.2024.2324890>
- Aceituno, Roberto; Miranda, Gonzalo y Jiménez, Álvaro (2012). Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Anales de la Universidad de Chile*, 36, 87-102.
- Ahmed, Sara (2021). *Complaint!* Durham, Duke University Press.
- Almonte, Juan Carlos (2018). La salud ocupacional en Chile: desde la silicosis al surgimiento de la psiquiatría laboral. En Policarpo Rebolledo, Marcelo Trucco y Paula García (Eds.), *Psiquiatría ocupacional* (pp. 31-42). Santiago, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
- Alonso, Guillermo (2007). *Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal: Argentina, Brasil, Chile y México (1980-2000)*. Ciudad de México, El Colegio de México.
- Alvarado, Rubén; Pérez-Franco, Juan; Saavedra, Nadia; Fuentealba, Claudio; Alarcón, Alex; Marchetti, Nella y Aranda, Waldo (2012). Validación de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el ambiente laboral en Chile. *Revista Médica de Chile*, 140(9), 1154-1163. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000900008>
- Ansoleaga, Elisa; Ahumada, Magdalena y González Santa-Cruz, Andrés (2019). Association of workplace bullying and workplace vulnerability in the psychological distress of Chilean workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 4039. <https://doi.org/10.3390/ijerph16204039>
- Araujo, Kathya (2016). *El miedo a los subordinados: una teoría de la autoridad*. Santiago, LOM Ediciones.
- Araujo, Kathya (Ed.) (2019). *Hilos tensados: para leer el octubre chileno*. Santiago, Editorial USACH.
- Auyero, Javier (2012). *Patients of the state: The politics of waiting in Argentina*. Durham, Duke University Press.
- Betancur Alvarado, Pablo (2024). La “gestión agrietada” de los malestares: una aproximación etnográfica a los itinerarios terapéuticos de usuarias/os de un CESFAM en Temuco. *Antropologías del Sur*, 11(22), 103-119. <https://doi.org/10.25074/rantros.v11i22.2658>
- Biehl, João (2005). *Vita: Life in a zone of social abandonment*. Berkeley, University of California Press.
- Biehl, João; Good, Byron y Kleinman, Arthur (Eds.) (2007). *Subjectivity: Ethnographic investigations* (Vol. 7). Berkeley, University of California Press.

- Bowen, Sofía (2015). Educar la moral del pobre: fronteras simbólicas y gobierno de los pobres por parte de la elite económica católica de Santiago de Chile. *Pro-Posições*, 26(2), 51-73. <https://doi.org/10.1590/0103-7307201507703>
- Bowen, Sofía (2022). Depression and (expert) culture: Psychiatric, regulatory and moral frameworks underpinning the absence of depression in occupational health in Chile. En Juan Pablo Jiménez, Alberto Botto y Peter Fonagy (Eds.), *Etiopathogenic theories and models in depression* (pp. 201-221). Cham, Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-77329-8\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-030-77329-8_11)
- Bravo, Juan (2024). *Permanencia en el empleo de trabajadores dependientes en Chile y la OCDE (Informe N° 40)*. Santiago, OCEC, Universidad Diego Portales.
- Butler, Judith (2017). *Marcos de guerra: las vidas lloradas*. Barcelona, Ediciones Paidós.
- Carreño, Alejandra; Correa, M. Eliana; Urrutia, Carla y Cabieses, Báltica (2021). “Te recomiendo que esperes”: burocracia y salud en solicitantes de asilo y refugiados de origen latinoamericano en Chile. *Revista Chilena de Antropología*, (43), 113-130. <https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64435>
- Cerdas-Sandí, Daniel (2017). El poder de asociación de los trabajadores y las reformas laborales en contextos asimétricos: los casos de Chile y Costa Rica. *Revista Políticas Públicas*, 9(2).
- Correa-Urquiza, Martín (2025). Violencia epistémica y transformación molecular del *self*: el impacto de las clasificaciones diagnósticas sobre la subjetividad e identidad en las personas psiquiatrizadas. En Carlos Madariaga, Ana María Oyarce, Ángel Martínez-Hernández y Eduardo Menéndez (Eds.), *Repensar la salud mental colectiva (Vol. II): propuestas, experiencias y desafíos* (pp. 97-126). Santiago, Contrakorriente.
- Cox, Tom y Griffiths, Amanda (2005). The nature and measurement of work-related stress: Theory and practice. En John R. Wilson y Nigel Corlett (Eds.), *Evaluation of human work*. Abingdon, Routledge.
- Das, Veena (2015). *Affliction: Health, disease and poverty*. Nueva York, Fordham University Press.
- Das, Veena; Kleinman, Arthur; Ramphele, Mamphela y Reynolds, Pamela (Eds.) (2000). *Violence and subjectivity*. Berkeley, University of California Press.
- Díaz, Ximena; Mauro, Amalia; Ansoleaga, Elisa y Toro, Juan Pablo (2017). Violencia de género en el trabajo en Chile: un campo de estudio ignorado. *Ciencia & Trabajo*, 19(58), 42-48. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100042>

- Epele, María E. (2022). "Breaking down": Afflictions and treatments during times of crisis in Buenos Aires. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 46(4), 761-778. <https://doi.org/10.1007/s11013-021-09748-z>
- Errázuriz, Paula; Valdés, Camila; Vöhringer, Paul A. y Calvo, Esteban (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>
- Estroff, Sue E. (1981). *Making it crazy: An ethnography of psychiatric clients in an American community*. Berkeley, University of California Press.
- Farmer, Paul (2003). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley, University of California Press.
- Fassin, Didier y D'Halluin, Estelle (2005). The truth from the body: Medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers. *American Anthropologist*, 107(4), 597-608. <https://doi.org/10.1525/aa.2005.107.4.597>
- Fraille, Lydia (2009). La experiencia neoliberal de América Latina: políticas sociales y laborales desde el decenio de 1980. *Revista Internacional del Trabajo*, 128(3), 235-255. <https://doi.org/10.1111/j.1564-9148.2009.00059.x>
- Fricker, Miranda (2017). Evolving concepts of epistemic injustice. En Ian James Kidd, José Medina y Gaile Pohlhaus Jr. (Eds.), *The Routledge handbook of epistemic injustice* (pp. 53-60). London, Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315212043>
- Fundación Sol (2024). *Informe mensual de calidad del empleo (IMCE 2024)*. Santiago, Serie IMCE, Fundación Sol. [https://fundacionsol.cl/cl\\_luzit\\_herramientas/static/adjuntos/7494/IMCE%20EFM2024.pdf](https://fundacionsol.cl/cl_luzit_herramientas/static/adjuntos/7494/IMCE%20EFM2024.pdf)
- Han, Clara (2012). *Life in debt: Times of care and violence in neoliberal Chile*. Berkeley, University of California Press.
- Holmes, Seth M. (2013). *Fresh fruit, broken bodies: Migrant farmworkers in the United States*. Berkeley, University of California Press.
- Instituto de Seguridad del Trabajo (IST) (2017). Procedimiento del artículo 77 bis de la Ley 16.744. *IST Legal*, (25). <https://www.ist.cl/wp-content/uploads/2017/03/BOLETIN-IST-LEGAL-N%C2%B0-25-art-77-bis.pdf>
- Jaramillo Sierra, Isabel Cristina y Buchely Ibarra, Lina Fernanda (Eds.) (2019). *Etnografías burocráticas: una nueva mirada a la construcción del Estado en Colombia*. Bogotá, Ediciones Uniandes, Universidad de los Andes.
- Kitanaka, Junko (2012). *Depression in Japan: Psychiatric cures for a society in distress*. Princeton, Princeton University Press.

- Kleinman, Arthur; Das, Veena y Lock, Margaret (Eds.) (1997). *Social suffering*. Berkeley, University of California Press.
- Lazar, Sian (2020). Citizenship and political agency in Latin America. En Elisabet Dueholm Rasch, Oscar Salemink, Bram Büscher y Michiel Köhne (Eds.), *Engaged encounters: Thinking about forces, fields and friendship with Monique Nuijten* (pp. 41-44). Wageningen, Wageningen Academic Publishers.
- Maino Orrego, Claudio (2022). Idioms of depression in contemporary individualistic societies: The United States and Chile. En Juan Pablo Jiménez, Alberto Botto y Peter Fonagy (Eds.), *Etiopathogenic theories and models in depression* (pp. 71-88). Cham, Springer Nature.
- Martínez-Hernández, Ángel (1998). *¿Has visto cómo llora un cerezo?: pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Barcelona, Edicions Universitat de Barcelona.
- Minoletti, Alberto y Zaccaria, Alessandra (2005). Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (18), 346-358.
- Miranda Hiriart, Gonzalo (2017). Cuestiones preliminares a la discusión de una política de protección de la salud mental de los trabajadores: reflexiones a partir del caso chileno. En Horacio Foladori y Patricia Guerrero (Eds.), *Malestar en el trabajo: desarrollo e intervención* (pp. 147-175). Santiago, LOM Ediciones.
- Molé, Noelle J. (2012). *Labor disorders in neoliberal Italy: Mobbing, well-being, and the workplace*. Bloomington, Indiana University Press.
- Murphy, Michelle (2006). *Sick building syndrome and the problem of uncertainty: Environmental politics, technoscience, and women workers*. Durham, Duke University Press.
- Nuijten, Monique (2003). *Power, community and the state: The political anthropology of organisation in Mexico*. London, Pluto Press.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2023). *Hours worked (indicator)*. <https://data.oecd.org/emp/hours-worked.htm>
- Ortúzar, Diego (2015). La política de las enfermedades profesionales: anquilostomiasis y silicosis en Chile, 1920-1940. *Estudios Sociales. Revista Universitaria Semestral*, 49(2), 183-212. <https://doi.org/10.14409/es.v49i2.5133>
- Pérez, Domingo (2020). Magnitud y evolución de la protesta laboral: una fuente estructural de conflictividad hacia el estallido social (2009-2019). En Alfredo Joignant, Nicolás Somma, Matías Garretón y Tomás Campos (Eds.), *Informe anual. Observatorio*

- de Conflictos 2020* (pp. 22–27). Santiago, Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social.
- Petryna, Adriana (2013). *Life exposed: Biological citizens after Chernobyl*. Princeton, Princeton University Press.
- Ramos, Claudio (2014). La modernización de la empresa chilena: posfordismo con huellas autoritarias. En Antonio Stecher y Lorena Godoy (Eds.), *Transformaciones del trabajo, subjetividad e identidades: lecturas psicosociales desde Chile y América Latina* (pp. 79-101). Santiago, RiL Editores.
- Rose, Nikolas (1999). *Governing the soul: The shaping of the private self* (2nd ed.). London, Free Association Books.
- Rose, Nikolas (2019). *Our psychiatric future*. Cambridge, Polity Press.
- Scharff, Christina (2016). The psychic life of neoliberalism: Mapping the contours of entrepreneurial subjectivity. *Theory, Culture & Society*, 33(6), 107-122. <https://doi.org/10.1177/0263276415590164>
- Scheper-Hughes, Nancy (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley, University of California Press.
- Scheper-Hughes, Nancy y Bourgois, Philippe I. (2004). Introduction: Making sense of violence. En Nancy Scheper-Hughes y Philippe Bourgois (Eds.), *Violence in war and peace: An anthology* (pp. 1-27). Malden, Blackwell Publishers.
- Schild, Verónica (2013). Care and punishment in Latin America: The gendered neoliberalization of the Chilean state. En Mark Goodale y Nancy Postero (Eds.), *Neoliberalism, interrupted: Social change and contested governance in contemporary Latin America* (pp. 195-224). Stanford, Stanford University Press.
- Stecher, Antonio y Sisto, Vicente (2019). Trabajo y precarización laboral en el Chile neoliberal: apuntes para comprender el estallido social de octubre 2019. En Kathya Araujo (Ed.), *Hilos tensados: para leer el octubre chileno* (pp. 243-270). Santiago, Universidad de Santiago de Chile.
- Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) (2020). *Informe anual: estadísticas de seguridad social 2019*. [https://www.suseso.cl/607/articles-595996\\_archivo\\_01.pdf](https://www.suseso.cl/607/articles-595996_archivo_01.pdf)
- Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) (2023). *Informe de enfermedades profesionales 2023. Unidad de Estudios*. [https://www.suseso.cl/607/articles-735557\\_archivo\\_01.pdf](https://www.suseso.cl/607/articles-735557_archivo_01.pdf)
- Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) (2024). *Informe mensual: evolución de licencias médicas electrónicas*. [https://www.suseso.cl/607/articles-737667\\_archivo\\_01.pdf](https://www.suseso.cl/607/articles-737667_archivo_01.pdf)
- Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) (2025a). *Seguridad social*. [https://www.suseso.cl/619/articles-764027\\_archivo\\_01.pdf](https://www.suseso.cl/619/articles-764027_archivo_01.pdf)

- Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) (2025b). *Compendio de normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales*. <https://www.suseso.cl/613/w3-propertyname-647.html>
- Ticktin, Miriam I. (2011). *Casualties of care: Immigration and the politics of humanitarianism in France*. Berkeley, University of California Press.
- Undurraga, Rosario (2013). Mujer y trabajo en Chile: ¿Qué dicen las mujeres sobre su participación en el mercado laboral? En Claudia Mora (Ed.), *Desigualdad en Chile: la continua relevancia del género* (pp. 213-241). Santiago, Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Valenzuela, Pamela y Madariaga, Vesna (2021). Las trabajadoras y la huelga general feminista: bitácora del hilo que entrelazó nuestras luchas del pasado, presente y futuro. En Coordinadora Feminista 8 de Marzo (Eds.), *La huelga feminista ¡Va!: Historias de un proceso en curso* (pp. 37-48). Santiago, Tiempo Robado Editoras.
- Vergara, Angela (2005). The recognition of silicosis: Labor unions and physicians in the Chilean copper industry, 1930s–1960s. *Bulletin of the History of Medicine*, 79(4), 723-748. <https://www.jstor.org/stable/44449493>

Romina Del Monaco

## **“HAY INTENTOS DE CAMBIO, PERO A MI GUSTO SUPERFICIALES”: SABERES EXPERTOS PSI Y LOS EFECTOS DE LAS TRANSFORMACIONES SOCIALES Y LEGALES EN TORNO AL GÉNERO Y LA SEXUALIDAD**

### **INTRODUCCIÓN**

Los saberes expertos psi se han caracterizado a lo largo del tiempo por tener, al interior de este campo, distintos abordajes y herramientas de intervención terapéutica. En Argentina, la preminencia del psicoanálisis a lo largo del siglo XX se ha visto modificada a principios de los 2000, a partir de otras psicoterapias que han ganado fuerza y presencia como las neurociencias y las psicoterapias cognitivo-conductuales. De hecho, los profesionales describen sus acercamientos a determinadas perspectivas teóricas y las diferencias que encuentran entre ellas en los modos de intervención.

No obstante, a pesar de estas distinciones, las personas entrevistadas coinciden en un suelo sinuoso y poco firme que comparten a partir de las transformaciones en torno al género y la sexualidad que acontecieron en nuestro país. Estas modificaciones dieron lugar a otro tipo de discusiones al interior de los saberes psi referidas a cómo se nombran procesos que antes ocupaban una categoría patologizante, cómo se interviene en la clínica, y también cómo son las relaciones con otros profesionales del campo con los que se tienen posturas distintas en torno a las temáticas de género y sexualidad. De hecho, un aspecto en el que se tiende a coincidir entre los abordajes psicoterapéuticos es la tendencia a un pensamiento dualista asociando, por ejemplo, determinadas categorías diagnósticas al género femenino y otras a lo masculino.

A su vez, la promulgación de la Ley de Identidad de Género en el año 2012, estructurada en torno a la categoría de autopercepción, produce efectos en ciertos modos de categorizar psi y tensiona explicaciones clásicas. Así, en los relatos de los profesionales conviven discusiones en torno a categorías con explicaciones que se continúan organizando dicotómicamente. De hecho, al momento de diferenciar los saberes psi de la biomedicina, refieren a que desde este último campo “no hay mil modos de nombrar algo, un infarto es un infarto”; en cambio, en los saberes psi las categorías se pueden tensionar y superponer de acuerdo con el abordaje que predomine. Entonces, los cambios en las últimas décadas a partir de las demandas de los activismos sexodisidentes no solo cuestionan modos de nombrar y categorizar nociones diagnósticas, sino también las formas en que se organizan y (re) producen los conocimientos.

En este sentido, en las narrativas, la idea de “superficialidad” aparece expresada por profesionales con relación a cambios en los conocimientos, modos de decir y prácticas que se están dando “muy por arriba”. En cambio, las transformaciones de fondo aparecen, por el momento, como una incógnita en sus testimonios. No obstante, se trata de un contexto en el que, a partir de los procesos sociales y legales en curso, se producen modificaciones que impactan los modos de decir psi, producen interrogantes, se contraponen y tensionan categorías clásicas. Así, este análisis identifica una serie de mecanismos en los que se ponen en juego las nociones de lo superficial y, también, si bien los cambios de fondo aparecen en algunos casos como una incógnita en los profesionales, se narran otros modos de decir y hacer que producen rupturas con estructuras binarias y clásicas. Se indaga cómo mediante distintos procesos se configura un mapa de modos, formas de actuar y decir que intentan responder a esos cambios sociales y a los efectos en los modos de (re) producción de saberes expertos.

A su vez, teniendo en cuenta que la promulgación de leyes vinculadas con la identidad de género y matrimonio igualitario tienen más de 10 años, estos cambios son descritos como “lentos” y “muy de a poco”. Incluso, las discusiones que disputan sentidos y teorías en los últimos años se insertan, actualmente, en un contexto de políticas neoconservadoras en las que determinadas formas de decir entraron en tensión y discusión, tanto al interior de saberes expertos psi como biomédicos. Es decir, en algunos discursos, por ejemplo en el ámbito político y medios de comunicación, se asiste a un retroceso en relación con derechos adquiridos; cuyos cuestionamientos generan efectos que habilitan discusiones y planteos que parecían saldados a nivel social, mediático y en el campo de la salud.

El presente escrito está organizado de la siguiente manera: en primer lugar, se describen las diferencias que narran los profesionales entre los distintos abordajes teóricos y cómo, al mismo tiempo, se comparten cuestiones que refieren a determinados modos de concebir procesos vinculados con el género y la sexualidad. Luego, se indaga en la noción de “superficialidad” que surge de las narrativas con relación a cómo observan las personas entrevistadas que se están llevando a cabo las transformaciones al interior de las psicoterapéuticas.

Interesa señalar que, en algunos casos, se hace referencia a “transformaciones de fondo” o “cambios profundos” pero tienden a surgir en los relatos como procesos que se están dando “de a poco” y en algunos casos. En este sentido, se identifican 5 mecanismos en los relatos expertos que tienen que ver con los modos de sistematizar las formas de hacer frente a las transformaciones del campo psi y a las tensiones internas a partir de dichos cambios. Por último, se analiza cómo esa superposición de mecanismos está atravesada por distintos saberes, prácticas y modos de decir, en los que conviven y entran en tensión fragmentos de distintos órdenes teóricos y cronológicos.

### **SABERES PSI Y TRANSFORMACIONES SOCIALES: IMPACTOS Y ESTRATEGIAS EN UN CONTEXTO DE CAMBIOS**

En Argentina, las legislaciones en torno al género y la sexualidad se consideran de avanzada tanto a nivel regional como mundial (Dellacasa, 2023; Del Monaco, 2022). Estos avances se deben a la articulación que, desde sus comienzos a fines de los 60, han tenido los activismos sexo-disidentes vinculando las experiencias de sexualidad con las prácticas represivo-regulatorias del Estado (Figari, 2017).

A su vez, los efectos de estas demandas repercuten en otros espacios de la sociedad, como instituciones educativas; en la promulgación de leyes y, especialmente, en los ámbitos de salud. Por ejemplo, la promulgación de estas normativas y el consecuente reconocimiento legal generó debates al interior de los saberes biomédicos y psi sobre los modos de abordaje e intervención. En este sentido, teniendo en cuenta las narrativas de profesionales y de investigaciones previas sobre la temática (Farji Neer, 2019; Radi, 2018; Del Monaco, 2022), desde los ámbitos de salud se evidencian transformaciones que tienen que ver con los modos en que impactan en estas prácticas los cambios en la sociedad y legislación.

Específicamente, en el campo psi, algunos abordajes focalizan en lo social y en las transformaciones históricas (como el psicoanálisis); mientras que, en otras perspectivas vinculadas con la psiquiatría más positivista, predominan explicaciones que provienen de la biología. Se realizaron entrevistas en el campo de la psicología y psiquiatría

con profesionales que tienen distintos recorridos y perspectivas teóricas. En general, se tiende a partir de modelos dicotómicos sobre los que se producen manuales y presupuestos epistemológicos. Al mismo tiempo, teniendo en cuenta las modificaciones (sociales y legales), se configura un mapa de tensiones al interior de los saberes psi que tiene que ver con los modos de formarse y de ejercer dentro de este campo.

Una noción recurrente que surge en las narrativas refiere a la categoría “superficial” para describir las percepciones de profesionales con relación a cómo se configuran los saberes psi a partir de los cambios en torno al género. Un profesional psiquiatra de 34 años dice: “No se ve en la carrera y no es un tema que para el grueso de los psiquiatras en formación haya entendimiento o es muy superficial” (Psiquiatra, varón cis, 34 años). Esta noción posibilita indagar en un campo en el que se configura la idea de superficialidad, en contraposición con transformaciones profundas y complejas al interior de estos saberes.

Consecuentemente, se identifican distintos mecanismos frente a estas transformaciones desde las narrativas profesionales que tienen que ver, en primer lugar, con la adecuación a lo que promulga la ley y que implica las referencias desde lo psi a lo legal; en segundo lugar, con las tensiones entre lógicas enunciativas inclusivas y prácticas que reproducen categorías diagnósticas y que incluyen la complejidad entre lo que se dice y hace en estos contextos; en tercer lugar, la hipergeneralización de ciertos diagnósticos que aparecen descriptos a partir de lo femenino o masculino y conviven con la incorporación de esos otros saberes; luego, el desdoblamiento entre los discursos públicos y privados que se encuentran atravesados por lo “políticamente correcto” y, por último, el binarismo como único modo de concebir la teoría y la exclusión de otras identidades que son patologizadas.

Para eso, siguiendo a Epele (2013), se retoma la noción de “palimpsesto” para explorar cómo en las narrativas se imbrican nociones antiguas y actuales, fragmentos de distintas cronologías que modelan esos conocimientos expertos que están en un contexto de movimiento y problematización, tanto en las formas de decir como de intervenir terapéuticamente. En relación con los saberes psi, desde la perspectiva de Foucault, los discursos, los saberes, las categorías, las instituciones y las prácticas de este campo son productores de sujetos, saberes, instituciones y de los objetos mismos que le dieron fundamento y origen (Epele, 2016). Así, existen distintos tipos de tecnologías que se articulan entre sí y con los regímenes de verdad que legitiman ciertos saberes y prácticas sobre otras –y que participan en los modos de subjetivación dominante en ciertos contextos histórico-sociales–. Esto implica que es en el discurso y en los esquemas de individualización,

normalización y sujeción de los individuos dentro de los sistemas disciplinarios que el campo psi adquiere un lugar central en la conformación del individuo psicológico (Foucault, 2012).

De este modo, a través de herramientas como manuales, criterios diagnósticos, modos de nombrar y tratar, los saberes psi (psicología, psicoanálisis, psiquiatría) edifican teorías que han intervenido como tecnologías expertas que legitiman y validan (o no) sujetos y existencias. La revisión y problematización de los modos en que se producen esos saberes han llevado a discutir las orientaciones teóricas. Más aún, a pesar de las diferencias entre los abordajes psi (perspectiva psicoanalítica, cognitivo-conductual, neurociencias, entre otras), en los relatos se pone en evidencia un suelo común que tiende a producir saberes dualistas en términos de femenino/masculino. A su vez, teniendo en cuenta las transformaciones sociales y legales, se superponen teorías, temporalidades, saberes y herramientas en torno al género que conforman un mosaico en el que conviven y se tensionan distintos elementos.

Haraway (1991) problematiza las tecnologías psi desde las perspectivas de los feminismos y género, las teorías críticas sobre los conocimientos expertos y las ciencias. Para esta autora, disciplinas como la psiquiatría, la biomedicina y las psicologías intervienen en las construcciones de lo “humano” porque son tecnologías que producen sujetos y, también, “otros” que no entran en esa categoría. Esta cuestión se complementa con el desarrollo de las probabilidades en las intervenciones en el campo de la salud. Por ejemplo, la producción de datos binarios aparece como una herramienta al momento de justificar argumentos desde el campo de las probabilidades que permean la cotidianidad (Hacking, 2006).

De esta forma, los tipos de sujetos que son problematizados y categorizados desde las narrativas psi, en su mayoría, parten de un esquema binario y dicotómico que, por momentos, en los relatos aparece como una cuestión en disputa y cuestionamiento a partir de los contextos socio-históricos actuales. A su vez, el recrudescimiento de ciertos discursos, tanto desde sectores del ámbito político y gubernamental como de los medios de comunicación, vuelven a poner de relieve la importancia de continuar problematizando argumentos y derechos.

## **LA INVESTIGACIÓN**

En este trabajo, la aproximación teórico-metodológica es cualitativa y se inscribe en el dominio de los estudios socio-antropológicos de la salud. Confluyen distintas perspectivas que permiten pensar la articulación entre ambas temáticas (campo psi y estudios de género/sexualidad).

Se retoman los estudios desde las ciencias sociales sobre el campo psi, específicamente los desarrollos foucaultianos y posfoucaultianos, y los estudios de género y *queer* a partir de los desarrollos de Butler. Estos abordajes se articulan con los estudios sociales de las ciencias con el fin de indagar cómo estos saberes son producidos y legitimados.

La técnica metodológica para acceder a los datos fue la entrevista en profundidad a profesionales (psicólogas/os y psiquiatras), a través de la técnica de bola de nieve. Se establecieron criterios en torno a la edad de las personas entrevistadas para realizar esta técnica de recolección de datos y, luego, se empezó a contactar y crear un grupo base de profesionales que, a su vez, posibilitaron otros contactos.

Las entrevistas fueron trabajadas a partir del enfoque de análisis de narrativas. Esta perspectiva permite indagar en detalle cómo los saberes expertos construyen sus objetos de estudio, técnicas de intervención, categorías diagnósticas y experiencias, teniendo en cuenta que estas se originan en un tiempo y espacio determinado (Good, 1994; Del Monaco, 2013). De acuerdo con Mattingly (1998), el estudio de las narrativas permite explorar la relación entre historias y acciones, cuya configuración en torno al tiempo y modos en que se suceden los eventos conforma un argumento. Considerando este aspecto, se indaga en las ideas centrales que estructuran las narrativas de profesionales. A su vez, las contribuciones de la antropología médica en el estudio de las narrativas son centrales para el estudio, ya que al indagar en las formas de abordar estas temáticas se visualiza que en dichos relatos conviven cuestiones profesionales con las propias experiencias personales (Kleinman, 1988).

El trabajo de campo constó de dos etapas. Teniendo en cuenta que esta investigación comenzó en marzo del año 2020, por las condiciones de aislamiento en el contexto de pandemia por el virus del SARS-CoV-2, la primera etapa del trabajo de campo se realizó durante el periodo mayo-diciembre del año 2020 mediante entrevistas a profesionales de manera virtual a través de plataformas como Zoom y Meet. Se utilizó un grabador para estas, cuyo uso fue consultado previamente y aprobado por las personas citadas antes de comenzar las entrevistas. Luego, se realizó una segunda etapa, durante el período agosto-diciembre 2021. Esta se hizo de manera presencial a profesionales en sus lugares de trabajo o espacios cercanos a ellos.

Uno de los motivos centrales que dio lugar a esta investigación refiere a la particularidad del contexto argentino en torno al reconocimiento de derechos al colectivo LGTBIQ+. Si bien se trata de cambios reconocidos y de avanzada en la región, interesa indagar en las articulaciones y tensiones con el sistema de salud, específicamente en el campo psi.

Con respecto a la población de estudio, se trató de profesionales dentro de las disciplinas de psicología y psiquiatría con distintas perspectivas y abordajes teóricos. Desde el campo de la psicología, en su mayoría, decían identificarse con la perspectiva psicoanalítica y, en menor medida, con abordajes cognitivo-conductuales. En el caso de la psiquiatría, si bien en su mayoría destacaban la formación basada en el modelo de la medicina y las ciencias naturales, en algunos casos, resaltaban la articulación e incorporación de diferentes perspectivas para su trabajo en la clínica.

Se establecieron dos criterios de inclusión para llevar a cabo esta tarea. En primer lugar, se trata de profesionales que trabajan en instituciones y/o consultorios privados de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en algunos casos también hicieron referencia a tener experiencia previa o combinar la práctica privada con el ámbito público). La decisión del recorte espacial reside en la necesidad de acotar las experiencias profesionales (y personales), teniendo en cuenta que las transformaciones en torno al género y la sexualidad adquieren especificidades dependiendo de las áreas geográficas, cantidad de habitantes por ciudad, particularidades en los espacios de formación y recorridos académicos. En segundo lugar, la cuestión etaria se ubica en un rango entre 28 y 40 años. Dicho criterio tiene por objetivo explorar la relación entre las modificaciones señaladas en el campo social y jurídico, y cómo interviene la variable generacional de personas que se hayan formado en los últimos 10 años.

Se realizaron 30 entrevistas con el objetivo de identificar, documentar y analizar los saberes, prácticas y concepciones acerca de los modos de nombrar, diagnosticar y tratar distintos aspectos del campo de la salud mental y su relación con la dimensión de género y sexualidad. Se prestó especial atención a la relación entre las transformaciones sociales a partir de las demandas de los movimientos sexodisidentes al Estado y cómo este aspecto repercutió al interior de los saberes expertos psi. También, se recurrió al análisis de fuentes secundarias, especialmente, a las publicaciones de revistas especializadas en psicología y psiquiatría desde el año 2000 (período en el que desde estos saberes se menciona como inflexión por incorporar en dichas publicaciones un número sobre la cuestión de “género”<sup>1</sup>).

Con respecto a las consideraciones éticas, este trabajo se adecua a los criterios de consentimiento informado y confidencialidad que

---

1 Si bien se recurrió a diferentes revistas especializadas en el campo psi, en este caso, se hace referencia a la revista argentina de psiquiatría *Vertex* que en el año 2000 realizó una publicación centrada en la temática de género. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/issue/view/162>

se aplican en los estudios sobre salud, con el fin de asegurar los derechos de las personas entrevistadas, así como también de resguardar su identidad. Con respecto al manejo de la información y para evitar cualquier rasgo identificatorio o personal, se modificaron los nombres; además, las/os profesionales son mayores de 18 años. Para realizar el trabajo de campo, se llevó a cabo el proceso de evaluación requerido a través del Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Gino Germani, en el que se realiza dicha investigación.

### **CAMPO PSI: DIFERENTES ABORDAJES, MISMAS PREGUNTAS SOBRE EL GÉNERO**

Nadie sabe qué es la muerte, ahí hay un gran signo de pregunta; y tampoco nadie sabe qué es la sexualidad, ahí hay otro gran signo de pregunta. A lo largo de la historia de la humanidad se han tratado de construir discursos que operen naturalizados, como si fuera la verdad de la respuesta en ese signo de pregunta y eso ha determinado la exposición de los cuerpos y todos los padecimientos que hemos tenido (Psicóloga, mujer cis, 42 años).

Como señala la profesional entrevistada, al interior del campo psi, más allá de las perspectivas teóricas, existe un gran signo de pregunta compartido en torno a los distintos discursos que se producen alrededor del género y la sexualidad. Estos abordajes que comparten dicha pregunta tienden a diferenciarse entre sí por criterios de verdad independientes y, en muchos casos, contrapuestos.

Estudios desde las ciencias sociales, problematizan los saberes psi como tecnologías que intervienen en los procesos de subjetividad mediante distintas técnicas terapéuticas y herramientas como manuales clasificatorios, nociones patologizantes, entre otros (Foucault, 2018; Rose y Miller, 2008). Son conocimientos que adquieren un lugar central durante el siglo XX e incluyen modos específicos de pensar los cuerpos y formas de intervención sobre estos. De hecho, la categoría de "psicologización" se ha convertido en una noción recurrente en los estudios socio-antropológicos sobre el campo psi para hacer referencia a cómo experiencias de distintos padecimientos son subsumidas en categorías diagnósticas producidas por los saberes expertos. No obstante, interesa dar cuenta del carácter complejo de este concepto, evitando explicaciones lineales que impliquen los contextos económicos y políticos en los que surgen. De acuerdo con Rose (2012), es importante indagar en esta noción teniendo en cuenta que no solo es efecto de los modos en que se producen los saberes expertos, sino que, además, se encuentra en relación con las lógicas de poder que

intervienen en los modos en que se producen subjetividades y, consecuentemente, las experiencias de padecer –o no– que involucran.

A su vez, se trata de un campo heterogéneo en el que es posible identificar diferentes perspectivas. De acuerdo con estudios desde las ciencias sociales, en Argentina, gran parte del siglo XX estuvo dominado por el psicoanálisis. Se trató de una perspectiva que dio lugar a instituciones, métodos y modos de intervención que crearon un tipo de sujeto psicoanalítico y determinadas formas de pensar la subjetividad (Lakoff, 2006). De hecho, el psicoanálisis continúa ocupando un rol central, tanto en clínicas privadas como en instituciones públicas y en instituciones de formación. Más aún, estudios desde las ciencias sociales indagan cómo se ha convertido en un modo de actuar y de pensar de los argentinos que se traduce en, por ejemplo, el uso de categorías psicoanalíticas como parte del sentido común (Visacovsky, 2009).

Algunos profesionales señalan: “Vas a encontrar muchas diferencias, los psiquiatras tienen una línea más médica y hablan de enfermedades, a nosotros los psicoanalistas nos gusta hablar más de padecimientos/sufrimientos”. En esa referencia se suma el hecho de que “hay guerras teóricas por cosas que son exactamente lo mismo con diferentes nombres, muy afianzado y cada uno con sus banderas” (Psicóloga, mujer cis, 35 años). Estas “guerras” o discusiones teóricas se dan al interior del campo psi entre los distintos abordajes teóricos y metodológicos. Una de las diferencias más evidentes en la actualidad se encuentra entre el psicoanálisis y las psicoterapias cognitivo-conductuales.

Siguiendo a Svampa (2005), las transformaciones socio-económicas han modificado –también– los modos de pensar las subjetividades a lo largo del tiempo. Por ejemplo, a diferencia de otras épocas en las que predominaban modelos de subjetividad centrados en el mundo del trabajo. Este aspecto se modifica profundamente en la década de 1990 y principios de 2000, y comienza a caracterizarse por una creciente fragmentación en los modos de organización y de vínculos colectivos. En el caso de las psicoterapias cognitivo-conductuales, si bien su creación se remonta a 1980 (Korman, 2011; Fernández Álvarez, 2015), se trata de terapéuticas que tuvieron un rol secundario en relación con otras psicoterapias como el psicoanálisis hasta, por lo menos, fines de los 90 cuando adquirieron visibilidad como técnica de intervención psi (Del Monaco, 2019). Una profesional destaca:

Quando hables con diferentes psiquiatras te van a decir diferentes cosas, eso es lo enriquecedor de la especialidad, no nos podemos poner de acuerdo, ni siquiera en lo mínimo, llamamos de manera distintas

y a lo mejor son las mismas cosas, entendemos de manera distinta fenómenos idénticos.

Esta recurrencia que dicen encontrar los profesionales de nombrar de distintas maneras cuestiones similares hace que en sus relatos se enfatice: “Depende mucho, lo psi tiene muchas escuelas, muchas orientaciones, yo tiendo más a lo biológico, pero sin ser biologicista, sin ser reduccionista” (Psiquiatra, varón cis, 33 años). Otro aspecto que dicen diferenciarse radica en los conceptos utilizados para hacer referencia a los padecimientos, según un psiquiatra, varón cis de 31 años que está finalizando su residencia:

Gran parte de la psiquiatría actual, toma el concepto de enfermedad casi como sinónimo al de trastorno, todo lo que eso implica y la cuestión que el DSM quiere transmitir, donde los diagnósticos aparecen como categoriales. Igual, todas esas cosas son muy polémicas.

De este modo, las/os profesionales entrevistados/as refieren a la heterogeneidad al interior de este campo y a la falta de consenso en los modos de nombrar y categorizar (Del Monaco, 2023). Se mencionan las tensiones entre abordajes y, por ejemplo, desde las psicoterapias cognitivo-conductuales se señala que se trata de una perspectiva basada en la evidencia científica que resuelve problemas en el mediano y corto plazo (Keegan, 2012). En cambio, estudios desde la perspectiva psicoanalítica destacan la importancia de la historia médica y local, las particularidades y contextos de los sujetos que consultan, a pesar de que a nivel mundial se destaque cada vez más la importancia de los estudios en salud mental basados en “la evidencia” (Lakoff, 2006; Ortega, 2010). Estas cuestiones evidencian un campo lleno de tensiones entre las distintas perspectivas psicológicas.

De este modo, en las narrativas profesionales se tiende a enfatizar las particularidades de estos saberes y se destacan las diferencias con otros abordajes del campo psi. A su vez, la comparación con la biomedicina aparece como un parámetro recurrente en términos de univocidad y unificación en sus relatos y teorías. Es decir, un diagnóstico en el campo biomédico “no tiene discusión”; mientras que en lo psi puede ser intervenido y llamado de múltiples formas. Es por eso que, en general, refieren a un sentido de “rareza y extrañeza del profesional para aquellas cuestiones que no encajan dentro de lo que sabe” (Psicóloga, mujer cis, 36 años).

De hecho, según refieren, se trata de una cuestión que está “por debajo” ya que señalan que “en la medicina somos el bicho raro porque no hay un origen. Si hay un origen de los diagnósticos de las

enfermedades, de ahí salen los DSM” (Psiquiatra, mujer cis, 34 años). Más aún, destacan que “en nuestro campo hay corrientes que lo piensan más desde la psicofarmacología y otras más desde el psicoanálisis. En cambio, no hay cardiólogos que piensen que un infarto se puede interpretar de distintas maneras, creo que no” (Psicólogo, varón cis, 35 años).

Siguiendo a Good (1994), la construcción del mundo de la medicina incluye un mundo específico de la experiencia, objetos que tienen modos especializados de “ver”, “escribir” y “hablar”. De este modo, aprender medicina (y en este caso se retoma esta perspectiva para analizar cómo se construye la realidad del campo psi) es “aprender” un idioma determinado. Esos distintos idiomas comparten, a pesar de distinciones teóricas, una serie de presupuestos en torno a las formas de concepción de los sujetos sexo-generizados. Es decir, desde distintas terapéuticas se apela a diferentes mecanismos para hacer frente a las transformaciones sociales y legales en torno al género.

Estas diferencias se superponen:

Con las disquisiciones de diagnósticos sí o no, porque a un paciente lo pueden evaluar cuatro psiquiatras diferentes y a lo mejor uno te dice que es una paciente con una personalidad histriónico, otro te dice que es una histérica, hablando de la manera freudiana, otro te dice que tiene una psicosis ordinaria.

En cambio:

En la biomedicina no pasa, vos vas al gastroenterólogo y te dice “tenés reflujo”, otro te dice “tenés reflujo” y el otro te dice “tenés reflujo”. Eso es lo difícil de la especialidad, está atrasada como 150 años respecto al resto de la medicina, no nos podemos poner de acuerdo ni siquiera en la unificación de los términos, de las conceptualizaciones (Psiquiatra, varón cis, 33 años).

Estas dificultades que encuentran en “ponerse de acuerdo”, se enmarcan en cambios sociales y legales que intervienen en las teorías y modos de concebir el género y la sexualidad, más allá de las perspectivas y abordajes psicoterapéuticos.

Si bien desde las narrativas profesionales se focaliza en las diferencias, identificando que se suelen nombrar fenómenos “diferentes que son idénticos”, se tienden a dejar de lado las cuestiones que se comparten entre estas perspectivas. Una cuestión que no suele aparecer en los relatos refiere a las concepciones de los cuerpos desde las cuales se parte para, luego, producir distintas teorías y categorías

diagnósticas. En algunos casos, especialmente desde las psiquiatrías más biologicistas, los cuerpos aparecen nombrados desde su carácter biológico y esencialista. En otros casos, si bien se focaliza en los aspectos socioculturales de la formación de la subjetividad, se mantiene el dualismo sujeto-objeto, mente-cuerpo, femenino-masculino. Así, más allá de las diferencias, en ambos casos, el sexo aparece ligado a la genitalidad y en dicho supuesto universal descansa una serie de normas, técnicas y tecnologías de producción de conocimientos que se describen como a-históricas y universales (Ahmed, 2021).

De hecho, los profesionales entrevistados mencionan el año 2000 como un hito en las discusiones académicas del campo psi, a partir de la publicación de un número en una importante revista de psicología y psiquiatría argentina, llamada *Vertex*, que se centraba en la noción de género. En las narrativas se refiere a este hecho como algo novedoso, ya que algunos de los títulos de las publicaciones eran: “El origen del género en Occidente”; “Relación entre marihuana y población femenina”; “Sexo: aspectos biológicos de una variable compleja”; “Transexualismo y estructura”, entre otros. Si bien en algunos casos se focalizaba en un análisis dicotómico y binario, se trató de un avance en las discusiones al interior de lo psi en relación con el género. Un psiquiatra (41 años) destaca: “Todos los estudios de género recién están entrando a la psiquiatría, pero la psiquiatría sigue atada de manera mayoritaria al viejo modelo biologicista positivista. Los que tienen una lectura de género, más o menos informada son una minoría”.

Sin embargo, cada vez más es posible dar cuenta de cómo, para las personas que se formaron en psiquiatría y psicología a la luz de las transformaciones y demandas por el reconocimiento de derechos LGTBIQ+, las afirmaciones se tiñen de dudas y surgen nuevas preguntas. Así, aparecen ensayos en otros modos de decir en los que se combinan categorías patologizantes con enunciados que reconocen otras identidades y con situaciones “concretas en guardias o en las salas de internación donde no se sabe bien qué hacer y cada uno dice algo diferente”. En algunos casos, señalan que hay equipos al interior de los hospitales para “tratar el tema de género” y que se trata de espacios en los que se discuten las transformaciones actuales a partir de casos concretos de pacientes que realizan consultas. En estos encuentros aparecen interrogantes como, por ejemplo, el que señala una psicóloga, mujer cis de 34 años que está terminando la residencia en psicología:

El otro día tuvimos un debate por si se construye igual el psiquismo, ahí otra vez empiezo a poner en juego si es por lo natural o por cómo te empiezan a nombrar, cómo te empiezan a vestir y si se construye igual,

creemos que no, que no se construye igual el psiquismo que nombran como “mujer”, que a la persona que nombran como “hombre”, todo lo que implica en esta sociedad hoy.

Otro aspecto que surge, refiere a la relación de los cuerpos con las posibles transformaciones corporales y las dudas en términos de intervención psi o no ante dichas decisiones. Una de las cuestiones señaladas apunta a la supuesta materialidad de los cuerpos como “algo que puede impactar en el psiquismo” y, frente a eso:

Las diferentes sensaciones que hay en un cuerpo hombre o cuerpo mujer, cómo impacta y qué relación tienen esas sensaciones con el psiquismo, o con lo corporal, con lo neurológico, hay un montón de cuestiones ahí, pero es mucho más complicado me parece (Psicóloga, mujer cis, 35 años).

Es así que, a partir de las narrativas, conviven las sensaciones de modificaciones superficiales con otras que tienden a cambios “más profundos”. Si bien predominan las referencias a los “conocimientos superficiales”, “cambios por arriba”, se trata de una tensión que da cuenta del impacto de los cambios sociales en los saberes, tanto bio-médicos como psi, que no están resueltas y en continuo movimiento y modificación.

Epele (2013), en su estudio sobre los tratamientos y modos de tratar, retoma la noción de “palimpsesto” como la articulación de elementos heterogéneos, de diferentes procedencias, regímenes de autoridad, tradiciones y cronologías que conviven entre sí y, al mismo tiempo, pueden entrar en contradicción. En este caso, los “saberes superficiales sobre el género” aparecen como una expresión recurrente en las personas entrevistadas. Esta afirmación pone de manifiesto las particularidades de la formación en las carreras de grado y posgrado en torno a la temática y evidencia los efectos que surgen en la práctica cotidiana, cuando el reconocimiento de derechos contradice categorías clásicas de los saberes psi.

En estos contextos, es posible cartografiar, a partir de las narrativas de profesionales, distintos mecanismos en los que se conjugan transformaciones que quedan más en la superficie; mientras que otras se dan de manera más profunda. A su vez, interesa mencionar que existen otros espacios terapéuticos en los que se está trabajando desde una perspectiva de género desde hace años. Sin embargo, por el momento, se trata de espacios minoritarios, en general, predominan dudas, incertidumbres y distintas formas de actuar en las que se tensionan saberes previos con modificaciones actuales.

Por último, en este apartado se comenzó a problematizar cómo, a pesar de las diferencias teóricas que dicen encontrar al interior de estos saberes, se parte de incertidumbres y dudas respecto a cómo abordar las temáticas de género y sexualidad desde un lugar que no reproduzca saberes patologizantes y binarios. A continuación, se explora en una serie de mecanismos que surgen en las prácticas y modos enunciativos de los profesionales como consecuencias de las transformaciones sociales y legales.

### **CATEGORIZACIONES (Y ORGANIZACIONES) EXPERTAS EN CONTEXTOS DE TRANSFORMACIONES LGTBIQ+**

Como se mencionó en el apartado anterior, los saberes psi se producen, adquieren legitimidad y criterios de verdad específicos a lo largo del tiempo. Al interior de estos saberes se suele apelar a diferencias puntuales en términos de teorías, abordajes, herramientas terapéuticas y modos de decir. A su vez, las transformaciones sociales en torno al género y la sexualidad produjeron efectos que trastocaron las prácticas, las formas de enunciar, categorizar e intervenir. Previamente se hizo referencia a las diferencias que suelen destacar los profesionales entre sí. En este caso, se trata de hacer una cartografía de algunos de los mecanismos más frecuentes que se identifican al interior de estas terapéuticas, a partir de los contextos actuales señalados.

Retomando la noción de “superficialidad” que estructura las entrevistas en torno a la sensación de caminar en un terreno atravesado por la incertidumbre, “falta de materias sobre el tema en la carrera”, “hablar, pero no entender qué se está diciendo”, entre otras ideas, se indaga en cómo esta categoría (y la tensión con los cambios profundos) se hace presente en las prácticas terapéuticas cotidianas. Estos mecanismos incluyen contradicciones, articulaciones y disputas que conviven al momento de formarse y trabajar en espacios terapéuticos, en contextos de transformaciones profundas en torno al género y la sexualidad.

Es en esa articulación entre los cambios sociales/legales, las demandas de los activismos sexo-disidentes y los efectos que se producen al interior de los saberes expertos que se cartografían los siguientes mecanismos: en primer lugar, procesos de adecuación; en segundo lugar, la relación entre lo enunciativo y las prácticas; en tercer lugar, hipergenerización de categorías diagnósticas; luego, una tendencia a desdoblarse entre lo público/privado y, por último, la centralidad que adquieren las identidades binarias frente a otras identidades. Teniendo en cuenta los modos en que los profesionales articulan sus saberes, prácticas, modos de decir, cambios legales, normativas institucionales y el hacer en los espacios terapéuticos, se desglosan algunos de los

procesos posibles atravesados por la complejidad y convivencia, en algunos casos, de lo superficial y lo profundo.

### **LÓGICAS ENUNCIATIVAS CONTRAPUESTAS**

En las narrativas, los profesionales se enfrentan a una tensión constante entre los modos de decir tradicionales y clásicos del campo psi y las transformaciones sociales y legales que discuten con determinadas nociones y perspectivas teóricas. Así, los relatos tienden a estar atravesados por dudas, repreguntas y la sensación de estar diciendo “algo que no sé si está bien o es así”.

Mas Grau (2017) da cuenta cómo las tensiones que surgen entre los saberes psi y los activismos sexo-disidentes evidencian que las categorías diagnósticas, lejos de expresar un orden natural, son recursos discursivos de dispositivos de poder político y social. Este mecanismo evidencia los interrogantes que les surgen a psicólogos/as y psiquiatras en sus prácticas cotidianas, cuando incorporan cuestiones actuales vinculadas con las temáticas de género y se chocan con categorías diagnósticas clásicas o con otros profesionales que no acuerdan en dichas incorporaciones. Una psicóloga que está finalizando la residencia en un hospital destaca:

Los supervisores me han retado por no preguntar cómo fue la transición (de género) o por qué se le ocurrió, pero para mí ahí no hay ningún tema, si no es un tema para el paciente y sé que muchos colegas de mi generación lo ven igual, no es una enfermedad, una persona es trans, otra es hetero, punto, no es un tema en sí mismo.

Siguiendo este relato, las tensiones no solo se dan entre las transformaciones sociales y el campo psi, sino que, también, se evidencian en los distintos posicionamientos al interior de este campo. Si bien las transformaciones legales datan de hace más de 12 años, en las narrativas es recurrente encontrar como punto de inflexión “hace dos o tres años atrás”. Según un psiquiatra, varón cis de 39 años entrevistado:

El hospital es una institución muy grande e inteligente en cuanto a sus formas y en los últimos años se hizo mucha política para intentar cambiar eso, pero de una manera muy aparatosa y torpe, a mi gusto superficial pero no de fondo. Quizás con el tiempo se pueda llegar a cambiar un poco más de fondo, pero hasta hace dos años era el medioevo absoluto.

En este caso, las tensiones entre lo superficial y lo profundo ponen en evidencia una cuestión recurrente en las narrativas que tiene que ver con un mayor énfasis de las personas entrevistadas en torno a los “cambios superficiales” y los cambios de fondo como un proceso que todavía no se sabe bien qué es o cómo puede ser. De hecho, una profesional menciona que “hay otras disciplinas como la cirugía y la endocrinología que lo tienen más resuelto, pero nosotros todavía no la verdad”.

Entonces, en los modos de enunciar se combinan fragmentos de diversos orígenes, en los que se mezclan reconocimientos identitarios con nociones diagnósticas que provienen del DSM. A su vez, otra de las discusiones, más allá de las categorías vinculadas con el género y la sexualidad, refieren al uso excesivo de manuales como el DSM al momento de diagnosticar. Esta crítica aparece como un aspecto frecuente en los relatos a través de distintos ejemplos. Si bien se menciona luego en este escrito, el trastorno límite de la personalidad surge como una categoría “muy actual y moderna” asociada con el género femenino según cifras y estadísticas. No obstante, desde las narrativas se destacan las tensiones que esta noción genera al interior de los saberes psi. Según un profesional:

En la guardia, en la clínica de urgencia de pacientes graves, intentos de suicidio, etc. diagnosticamos mucho, no yo, yo ya lo uso porque no me queda otra para entenderme con los colegas, se usa mucho el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Psiquiatra, varón cis, 42 años).

En este caso, lo que se manifiesta es una crítica desde estos saberes expertos a ciertos diagnósticos “que aplican para todo” y, al mismo tiempo, las dificultades que dicen encontrar para realizar modificaciones en contextos que frenan esos cambios.

De hecho, un profesional destaca que “no es lo mismo cómo hablas con un paciente en la sala que en un ateneo, ahí no podés usar lenguaje inclusivo porque queda mal”. De este modo, las formas de comunicarse de acuerdo con los espacios y los sujetos de la interacción se vuelven un tema relevante en contextos de cambios.

## **DIAGNÓSTICOS HIPERGENERIZADOS**

Los típicos psiquiatras más clásicos o gente que se agarra mucho de los diagnósticos va a decir que la depresión está más asociada a las mujeres, el trastorno límite también, desde lo lacaniano en general se asocia mucho la histeria con la mujer, pero no la histeria que podemos

conocer en términos de histeriqueo. En los hombres más neurosis obsesivas y no sé si más psicosis, la psicosis por ahí está medio repartida (Psicóloga, mujer cis, 40 años).

En un contexto en el que las transformaciones y la problematización de nociones, como las categorías de mujer/varón y de identidades que no se encuentran en dicho binarismo, encuentra un lugar central desde distintos ámbitos de la sociedad y de los activismos de mujeres y diversidades, se convive, al mismo tiempo con referencias a diagnósticos hipergenerizados. Algunas frases de psiquiatras con respecto a la distribución de diagnósticos de acuerdo con el género mencionan que “las tasas de suicidios consumados son más los hombres, pero las mujeres intentan suicidarse más”, “el género aparece como una diferencial en cuadros psiquiátricos”; “el trastorno bipolar tiene una prevalencia de tres veces mayor en mujeres que en hombres”, lo que da cuenta de que esta hipergenerización y distinción de ciertos diagnósticos en términos de femenino/masculino continúa teniendo un lugar importante, tanto en las narrativas como en publicaciones relevantes sobre las temáticas del campo psi.

Así, a la par de modificaciones en los modos de decir y categorizar, se suman afirmaciones que, al interior de estos saberes, refuerzan el binarismo de género y que funcionan, en muchos casos, para “acelerar y facilitar diagnósticos”.

Un psicólogo, varón cis de 41 años menciona que, si bien se trata de cuestiones que “están cambiando”, se mantiene en los espacios de formación:

La diferencia entre histérico y obsesivo y normalmente, siempre se asocia la histeria del lado de la mujer y lo obsesivo del lado del hombre. Si bien Freud ya hablaba de hombres histéricos no tengo estadísticas para eso, pero yo creo que también hubo siempre una cuestión cultural. Hoy empieza a haber mucha más histeria masculina y mucha más obsesión femenina (Psicólogo, varón cis, 41 años).

En este ejemplo, conviven categorías tradicionales como la histeria con intentos de cambio y con la búsqueda de “adaptar” ciertas nociones a la época. Es decir, hay categorías generizadas que suelen vincular a lo “femenino” o “masculino” determinados diagnósticos y son reactualizadas teniendo en cuenta cambios socio-históricos por otras nociones “que heredan”. Siguiendo a un psicólogo, varón cis de 35 años:

El trastorno límite de la personalidad es una herencia de la histeria. Hoy por hoy hablar de “histeria”, hasta en algunos puntos es un poco

ofensivo por estar asociado a la mujer; de hecho, la histeria tiene que ver con el útero. Yo lo pienso como una categoría clínica, más allá de que la palabra tiene una connotación.

En numerosas entrevistas, el trastorno límite de la personalidad (TLP) aparece como un diagnóstico “femenino”, cuyas particularidades se asemejan a lo que antes se denominaba “histeria”. Según un profesional:

En el hospital tenemos como un cliché diagnóstico, no sé si escuchaste hablar del trastorno límite de la personalidad, básicamente para todas las mujeres que han tenido o un intento de suicidio o un *acting*, donde se tomaron 30 pastillas, si viene una mujer a la guardia y te dicen se tomó 20 clonazepam con un vaso de whiskey, automáticamente se diagnostica como trastorno límite de la personalidad; ahora si es varón y te cuentan lo mismo, no, puede ser un depresivo, o un trastorno narcisista (Psiquiatra, varón cis, 41 años).

También, las distinciones entre “cerebro de hombre y de mujer” o diagnósticos “femeninos” o “masculinos” aparecen en los relatos, en general, como parte de los “discursos de antes” que son discutidos y problematizados pero que, al mismo tiempo, continúan en uso. Un profesional del campo de la psicología señala que “yo les marco a los alumnos la típica hombre-mujer, cosa de hombre y cosa de mujer, cerebro de hombre y cerebro de mujer”.

De hecho, la producción teórica y las demandas desde los estudios de género, *queer* y activismos sexo-disidentes han generado debates al interior de campo psi. Si bien se trata de casos minoritarios, en los últimos tiempos, profesionales e instituciones se han ocupado de problematizar estas temáticas constituyendo espacios tanto de formación como de clínica. Por ejemplo, se han revisado mediante recorridos históricos nociones tradicionales y estructurantes del psicoanálisis como la histeria (Fernández, 2014). Asimismo, se han desarrollado estudios desde la psicología y psiquiatría que exploran la relación entre psicoanálisis y género (Meler, 2017; Rutenberg, 2019), las características del “orden sexual moderno” y las naturalizaciones heteronormativas que se instalan en dicha lógica, focalizando en las diversidades sexuales y las composiciones identitarias (Fernández, 2017) y estudios sobre las infancias trans desde un punto de vista clínico (Tajer, 2021), entre otros.

Sin embargo, desde las narrativas de los profesionales se menciona la lentitud de algunas transformaciones y el hecho de que, muchas veces, quedan en espacios de discusión y debate entre pares

“pero es difícil plantearlo en lo institucional”. De hecho, en el año 2008 surgen otras publicaciones desde el campo psi focalizadas en “las problemáticas de género en la psiquiatría” y algunos de los títulos que la componen refieren a: “La medicación del sufrimiento femenino”; “Trastorno límite de la personalidad: reino de las mujeres tierra sin hombres”; “Algunas observaciones críticas sobre la ‘modal del género’”; “Se escucha hablar de psicofarmacología de género: estaremos escuchando bien”, entre otros. Es decir, las disputas al interior de estos saberes continúan y visualizan el movimiento, las discusiones y modificaciones que gradualmente suceden en relación con la temática.

### **DESDOBLAMIENTO ENTRE LOS DISCURSOS PÚBLICOS/PRIVADOS**

En este mecanismo, a diferencia del primero señalado, lo que se pone en juego no son las tensiones entre nuevos modos de decir que chocan con categorías y teorías ya vigentes, sino el desdoblamiento de utilizar un discurso que reconoce las transformaciones de género en lo público, pero no en lo privado. De acuerdo con las narrativas, hay profesionales que mencionan que “otros colegas suelen usar el tema de género para congresos, jornadas, pero después no quieren atender al que se viste de mujer y se lo pasan al residente”. Esta expresión muestra el desdoblamiento entre lo “políticamente correcto” en un período determinado en relación con incorporar lenguajes, categorías y temáticas públicamente y, a su vez, los cambios de esos discursos en charlas con “colegas que hay confianza” o en espacios informales de los hospitales en los que se reproducen nociones patologizantes y discriminatorias.

Un profesional del campo de la psiquiatría que trabaja desde una perspectiva de género desde los últimos años y que dice interesarse por armar grupos de discusión teórica sobre el tema menciona que “hay psiquiatras que venden sus exposiciones desde la perspectiva de género, pero cuando lo vas a escuchar, para ellos perspectiva de género es eso, seguir pensando en los estereotipos, pero de una manera más explícita y biológica”. En otro caso, una psicóloga, mujer cis de 39 años que trabaja tanto en el ámbito público como en consultorios privados refuerza el argumento de la “presión social” y los efectos de cambios que acontecen en otros ámbitos. Así, destaca:

Yo creo que muchos se sobreadaptan por la presión social, porque si yo no digo que hay más de dos géneros, quedo como que no me adapté a la época, pero no creo que realmente haya una comprensión de lo que significa pensar el género.

### **BINARISMOS COMO ÚNICA OPCIÓN POSIBLE**

Uno de los aspectos que sobresale en las narrativas refiere a la utilización de categorías patológicas para hacer referencia a identidades que no se corresponden con el binarismo sexo/género. En este caso, la creencia de que las identidades cuyo sexo asignado al nacer se corresponde con el género autopercibido son más verdaderas aparece como una cuestión que las personas entrevistadas “dicen que dicen otros”. Es decir, no reconocen como algo propio de sus discursos, pero sí como afirmaciones que hacen otros profesionales al interior de espacios institucionales tanto de formación como intervención.

Las transformaciones actuales y las disputas por los modos de patologizar ciertas identidades ponen en tensión la revisión y producción de saberes psi, al mismo tiempo que combinan una acentuación del binarismo. Por ejemplo, las estadísticas en relación con categorías diagnósticas –como se mencionó previamente– tienden a una hipergeneralización que distingue entre lo femenino/masculino. A su vez, la inclusión de las identidades trans, no binarias, o aquellas que no se corresponden con el binarismo, se aplica cuando se establece una posible asociación entre estas identidades y nociones diagnósticas como la psicosis por una “posible no adecuación con la realidad”. Si bien no es intención de este escrito profundizar en esta categoría diagnóstica, interesa dar cuenta del lugar todavía muy presente que tienen ciertas explicaciones binarias sustentadas en una matriz heteronormativa específica que resalta la materialidad del cuerpo (Butler, 2004). Un profesional señala:

Me parece que hay una mirada más tolerante, aunque también hay una mirada que termina patologizando después. Muchas veces los fenómenos corporales de la esquizofrenia, en relación con la sensación de que algo en tu cuerpo no anda bien, la lectura taxativa de que toda persona que se quiere hacer la operación tiene síntomas psicóticos, está muy al pie (Psicólogo, varón cis, 38 años).

Esta referencia visualiza los propios cuestionamientos, dudas y modificaciones que al interior de los saberes psi se están dando. Se trata de intervenciones que no están exentas de contradicciones pero, también, de incorporar aquellas otras miradas que discuten con saberes producidos y legitimados a lo largo del tiempo.

En este sentido, Rose (1998) discute el carácter inmutable de un interior psicológico y biológico. En cambio, destaca los modos en somos subjetivizados a partir de prácticas y técnicas que son exteriores. En estos casos, se discute la articulación entre sexo y biología como cuestiones ubicadas en el plano de lo incuestionable y certero, donde

el cuerpo aparece como algo “natural” en sí mismo (Ahmed, 2021). De hecho, investigaciones desde las ciencias sociales han puesto en cuestión los desarrollos de las neurociencias por clasificar los cerebros de acuerdo con una matriz binaria en torno a la diferenciación masculino/femenino. A su vez, implica una radicalización del modelo biologicista e instala que las diferencias entre los géneros existen apelando a cuestiones cerebrales que mantienen y refuerzan el binarismo (Ciccia, 2018).

Es en este sentido que, desde estudios del campo *queer*, se problematiza la asociación entre sexo con las diferencias biológicas visibles como la genitalidad, las diferencias en la procreación y el género como parte de “un problema de la cultura” y de las clasificaciones sociales de las personas en masculino y femenino (Ahmed 2021). Aquí, Serano (2017) destaca la importancia de revisar en el lenguaje aquellas palabras y conceptos que fomentan la idea de que los géneros de las personas cis-sexuales son más auténticos que los de las personas transexuales.

Asimismo, interesa destacar que estas entrevistas han sido realizadas durante el periodo 2020-2022 y que en ese momento un psicólogo destacaba:

Algo ha cambiado, hace 15 años un homosexual era un perverso y ahora no se lo concibe tanto de esa manera, pero para mí no se lo concibe por presión social y en la formación hay un agujero respecto a género (Psicólogo, varón cis, 42 años).

Este planteo, recurrente en distintas narrativas, se corresponde con los efectos que a nivel social y cultural han tenido, a lo largo del tiempo, las luchas de los activismos de la disidencia sexual, la promulgación de leyes y la discusión del carácter biológico y binario de los cuerpos. Es decir, se trata de modificaciones que, si bien en muchos casos las personas entrevistadas narran como “superficiales”, forman parte de un contexto de transformaciones que están sucediendo en distintas disciplinas del campo de la salud con mayor o menor dificultad.

En estos mecanismos se identifican las combinaciones múltiples de formas de nombrar e intervenir donde conviven discusiones que incluyen otras identidades y, también, continúan reproduciendo esquemas diagnósticos patologizantes. Como señala otra profesional, “la Ley de Identidad de Género argentina, para hacer una transición no obliga a una persona, no solo a no hacer tratamiento, sino ni siquiera a una evaluación psicológica” (Psicóloga, mujer cis, 34 años). Sin embargo, este aspecto forma parte de una de las discusiones vigentes al interior de estos saberes expertos con relación a cómo acompañar

ciertos procesos y qué hacer, donde se combinan aquellos que destacan la intervención en términos patologizantes; pero también otros que mencionan la importancia del acompañamiento ante cambios corporales y emocionales durante los procesos terapéuticos.

### **ADECUACIÓN CON Matices**

A partir de la promulgación de la Ley de Identidad de Género (ley 26.743), se establece en el artículo 11 que las intervenciones quirúrgicas y/o hormonales se pueden realizar sin necesidad judicial y/o administrativa; es decir, la autorización judicial y pericia médica dejan de constituirse como requisito legal (Farji Neer, 2019). Entonces, la adecuación implica que hay modificaciones que los saberes expertos psi deben realizar por ley, más allá de sus perspectivas personales y/o laborales.

La centralidad de esta ley en relación con la temática de este capítulo reside en que se produce un reconocimiento legal centrado en la decisión de los sujetos y descentrado de los saberes expertos psi. Esto permite no solo que sea la persona la única que es validada ante el Estado a partir de generar un nombre, una vestimenta, formas y experiencias con su corporalidad (que pueden incluir, o no, intervenciones hormonales y/o quirúrgicas), sino que se trata de un aspecto que modifica el lugar que tenían hasta el momento los saberes expertos.

Más aún, en las narrativas son recurrentes las dudas que esta cuestión genera y las distintas posturas en relación con esta. Es decir, por un lado, se adecuan a lo que señala la ley pero, al mismo tiempo, se menciona la importancia de que “aunque sea se haga una consulta no para patologizar pero si para ver que esté todo bien” o “son decisiones muy radicales en el cuerpo de alguien y tienen que tener su tiempo”. Estas dos afirmaciones son las que aparecen con mayor frecuencia y visualizan la aceptación a medias de lo que formula la ley. Un psiquiatra, varón cis, de 34 años que está finalizando su residencia menciona:

Desde la psiquiatría todavía estamos en un estado de cierto alejamiento de las cuestiones que se abordan, a lo mejor tienen un tinte más superficial en este momento, el otro día hablaba con un profesional que había tenido que ir a dar una charla en el Congreso para definir estas cuestiones, este cambio de género desde la perspectiva psiquiátrica y dar su opinión a si correspondía que la psiquiatría se metiera o sino no tendría que hacerlo.

En este caso describía la situación y agregaba, además, que hay una adecuación a la ley en muchas ocasiones para evitar demandas o

procesos judiciales. Según este profesional, psiquiatra con formación en psicoanálisis:

Lo que más se discute es el aspecto legal, siempre se pide una consulta con salud mental y qué pongo, porque no podemos ponerle ni psiquiatría ni psicopatología, había que poner algo que no involucrara una enfermedad, porque si yo pongo psiquiatría, psicología, puede venir un colectivo a decirme: “Ustedes la marcan dentro de una enfermedad y están tratando esto como si fuera una enfermedad”, ahí hay problema para el hospital (Psiquiatra, varón cis, 37 años).

Entonces, si bien las transformaciones legales acontecieron hace más de una década, como se mencionó previamente, los profesionales encuentran en “los últimos años” los movimientos más fuertes en torno al campo psi y los cuestionamientos internos sobre los modos de actuar, qué decir en las reuniones y ateneos médicos, entre otras cosas. Un psiquiatra varón cis de 41 años, formado en una institución de salud que continúa trabajando y que en los últimos años ha incorporado lecturas y teorías a su campo sobre género y estudios *queer* menciona:

Yo he visto una chica trans, que pedía que la llamen con su nombre de mujer y los jefes decían “no”, ordenaban a los residentes a nombrarlo con el nombre de varón como tiene en el documento, hace dos años, ahora ya no lo pueden hacer.

Este aspecto que señala el entrevistado pone de manifiesto el carácter de obligatoriedad que da la ley y la posibilidad de las personas a reclamar su no cumplimiento. Sin embargo, en las narrativas surgen prácticas y actitudes discriminatorias que perduran aún luego de dicha promulgación. Esto da cuenta de que los cambios legales y los efectos sociales y en distintos ámbitos e instituciones no tienen los mismos tiempos.

## **SUPERFICIES Y PROFUNDIDADES EN LAS NOCIONES PSI: ALGUNAS REFLEXIONES FINALES**

El estudio de las narrativas psi, a partir de los efectos sociales y legales que se produjeron en torno al género y la sexualidad, visualizó un campo en el que fue posible cartografiar distintos mecanismos y modos de afrontar dichas transformaciones en tensión con los modos en que a lo largo del tiempo se han producido saberes expertos, criterios de verdad y legitimidad.

Las transformaciones mencionadas en los apartados previos en torno al reconocimiento de derechos del colectivo LGTBIQ+ repercute

en los saberes expertos, genera discusiones internas, conflictos y distintas posiciones con relación a la temática.

Es decir, a lo largo del análisis se ponen en evidencia las rupturas y cuestionamientos de prácticas y conocimientos, manifestando el carácter complejo y no lineal entre distintos saberes que permiten discutir la disociación entre lo “nuevo” y lo “antiguo” (Epele, 2013). Lo “superficial”, como una referencia que surge de las narrativas, pone de manifiesto el carácter dudoso y pantanoso que aparece cuando surgen nuevas leyes, debates, discusiones y categorías que tensionan las anteriores; pero que, al mismo tiempo, conviven y, también, se contradicen entre sí. Incluso al interior de estos saberes expertos hay debates que no están resueltos sobre modos de intervenir y decir.

De esta forma, el carácter “profundo” o “de fondo” de las transformaciones todavía permanece como una cuestión que se está desarrollando entre los profesionales, una incógnita en algunos casos y, en otros, esta profundidad es mayor y refiere a abordajes que problematizan y reformulan nociones diagnósticas y modos de decir e intervenir.

Por ejemplo, las categorías diagnósticas suelen estar en los relatos vinculados con probabilidades y modos de manejarse en relación con el riesgo legitimado por determinados estándares de la vida cotidiana (Hacking, 1990; Latour, 2013). A su vez, estas estadísticas y el análisis de cómo se producen implican otros tipos de estudio en los que se tengan en cuenta las poblaciones incluidas, características, geografías, entre otras.

Es decir, se trata de distinciones que organizan categorías en relación con sujetos específicos que, a partir de la incorporación de otras identidades, demandas y activismos (mujeres, disidencias, etc.), adquieren un carácter menos fijo y naturalizado. De hecho, una profesional de la psicología señala que “estadísticamente es abismal la diferencia de género masculino con consumo problemático de sustancias” o de acuerdo con un profesional psicólogo: “Por lo menos la prevalencia a nivel estadístico, con relación a las adicciones, para mí es más común que los adictos sean hombres, los hombres consumen más cocaína que las mujeres y las mujeres más alcohol”. En ambos casos, el resultado de las estadísticas arroja datos binarios que se retroalimentan en publicaciones académicas y al momento de realizar diagnósticos e intervenciones terapéuticas. Es decir, existen casi de un modo performativo en las producciones de saberes y difusión en *papers*.

Sin embargo, este conocimiento que se percibe como algo generalizado y objetivo es, en realidad, parte de eventos que suceden en un contexto socio-histórico determinado. Esto incluye determinados modos de definir los objetos de estudio, la formación de conceptos,

legitimidad y criterios de legitimidad y verdad en relación con ciertas categorías (Foucault, 2014). En este sentido, las transformaciones y las modificaciones que se producen al interior de los saberes expertos, a partir de los cambios sociales y legislativos, pueden ser problematizadas y avanzar en un sentido de discutir categorías y nociones diagnósticas o no.

Teniendo en cuenta los contextos actuales en los que se radicalizan ciertos discursos de odio hacia las disidencias, tanto a nivel nacional como internacional, es importante que estos estudios continúen indagando en cómo se producen ciertas imbricaciones de conocimientos, son discutidas, problematizadas y modificadas. Es decir, los giros neoconservadores y discursivos, tanto en formas de gobierno como en medios de comunicación, impactan en las sociedades habilitando determinados dichos como acciones concretas de violencia hacia personas LGTBIQ+ que incluyen cuestionar derechos adquiridos. De esta forma, teniendo en cuenta los efectos en relación con problematizar nociones al interior de los saberes psi, a partir de las discusiones legales y demandas de los activismos e interpelación de las personas que concurren a estos espacios terapéuticos, queda pendiente explorar cuáles son los efectos actuales que tienen en espacios de salud ciertos discursos que parecían saldados y vuelven a estar en primer plano.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ahmed, Sara (2021). Gender critical=gender conservative. *Feministkilljoys*. <https://feministkilljoys.com/?s=Gender+critical%3Dgender+conservative>
- Ciccía, Lu (2018). La dicotomía de los sexos puesta en jaque desde una perspectiva cerebral. *Memoria Académica, Descentrada*, 2(2), UNLP-FaHCE, La Plata.
- Butler, Judith (2004). *Undoing Gender*. New York, Routledge.
- Dellacasa, María Alejandra (2023). Legislación y acciones afirmativas para la población trans. Un balance a diez años de la ley de identidad de género en Argentina. *PAPELES del centro de investigaciones de la facultad de ciencias jurídicas y sociales de la UNL*, 17 (27).
- Del Monaco, Romina (2013). Dolor crónico y narrativa: experiencias cotidianas y trayectorias de atención en el padecimiento de la migraña. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23 (2), 489-510, ISSN 0103-7331, Río de Janeiro.
- Del Monaco, Romina (2022). Saberes psi y género: narrativas de psicólogos/as y psiquiatras a partir de las transformaciones en torno a derechos y demandas de los movimientos de la disidencia sexual en Argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista*

- Latinoamericana*, (36), 2-26. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/61752>
- Del Monaco, Romina (2023). Facing and overcoming pain through scientific evidence. The imperative of exposure as a psychological technique for cognitive behavioral treatment in Buenos Aires, Argentina. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 47(3), 1-21.
- Epele, María (2013). El tratamiento como palimpsesto. *Cuadernos de Antropología Social*, (38), 7-31.
- Epele, María (2016). Psychotherapy, Psychoanalysis and Urban Poverty in Argentina. *Anthropology & Medicine*, 23(3), 244-258.
- Farjii Neer, Anahí (2019). Biocidadanías trans. Demandas e iniciativas frente al sistema de salud argentino. *Athenea digital*, 19(1), 1-20.
- Figari, Carlos (2017). Consideraciones sobre el movimiento LGTB en Argentina. *Oniteaiken*, (24), 30-39.
- Fernández, Ana María (2017). Las lógicas sexuales actuales y sus composiciones identitarias. En Irene Meler (Ed.), *Psicología y género. Escritos sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y la violencia* (1ª ed.). Buenos Aires, Paidós.
- Fernández, Ana María (2014). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres* (1ª ed.). Buenos Aires, Paidós.
- Fernández Álvarez, Héctor (2008). *Integración y salud mental*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Foucault, Michel (2012). *El Poder Psiquiátrico*. Buenos Aires, Paidós.
- Foucault, Michel (2018). *Los anormales*. Argentina, Fondo de Cultura Económica.
- Good, Byron (1994). *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Hacking, Ian (2006). Making up people. *London review of books*, 28(16). <https://www.lrb.co.uk/the-paper/v28/n16/ian-hacking/making-up-people>
- Haraway, Donna (1991). *Ciencia, ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid, Cátedra, Universitat de València e Instituto de la Mujer.
- Keegan, Eduardo (2012). La salud mental en la perspectiva cognitiva conductual. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, (XX), 52-56.
- Kleinman, Arthur (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Londres, Harper Collins.
- Korman, Guido (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en Argentina. *Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), 115-122.
- Lakoff, Andrew (2006). Liquidez diagnóstica: enfermedad mental y comercio global de ADN. *Apuntes de investigación*, (11), 31-58

- Latour, Bruno (2013). *Investigación sobre los modos de existencia. Una antropología de los modernos*. Buenos Aires, Paidós.
- Ley N° 26.743. Ley de Identidad de Género. Establécese el derecho a la identidad de género de las personas. Sancionada el 9 de mayo de 2012 y promulgada el 23 de mayo de 2012. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>
- Mas Grau, Jordi (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2). <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>
- Mattingly, Cheryl (1998). *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. Cambridge, University Press.
- Meler, Irene (2017). *Psicoanálisis y género. Escritos sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y la violencia*. Buenos Aires, Paidós.
- Ortega, Francisco (2010). *El cuerpo incierto. Corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea* (1ª ed.). Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Radi, Blas (2018). No es un cuerpo equivocado. *Soberanía sanitaria. Revista de salud*, 1 (3). <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/no-es-un-cuerpo-equivocado/>,.
- Rose, Nikolas y Miller, Peter (2008). *Governing the Present. Administering Economic, Social and Personal Life*. Cambridge, Polity Press.
- Rutenberg, Sofia (2019). *Hacia un feminismo freudiano*. Buenos Aires, La Docta Ignorancia.
- Svampa, Maristella (2005). *La sociedad excluyente: La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Buenos Aires, Taurus.
- Tajer, Debora (2021). *Psicoanálisis para todxs. Para una clínica pospatriarcal, posheteronormativa y decolonial*. Buenos Aires, Topia Editorial.
- Serano, Julia (2017). *Whipping girl. A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Emery, Calif., Seal Press.
- Visacovsky, Sergio (2009). La constitución de un sentido práctico del malestar cotidiano y el lugar del psicoanálisis en la Argentina. *Cuicuilco: Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, 51-78



Belén Castrillo

## **PSICOLOGÍA PERINATAL EN ARGENTINA: UNA GENEALOGÍA POSIBLE**

### **INTRODUCCIÓN**

La emergencia de la psicología perinatal en el campo de la salud materno-infantil en Argentina puede comprenderse como parte de una transformación histórica de las formas de intervención sobre los cuerpos, las emociones y los vínculos de las mujeres-madres y personas gestantes. Consideramos que esta transformación ha sido acompañada por una doble reconfiguración: por un lado, la progresiva *psicologización* del embarazo, el parto y la crianza; y, por otro, la *expertización* de saberes ligados al acompañamiento de estas experiencias, en particular por actores legos que antes no eran considerados legítimos portadores de autoridad profesional. Esta doble dinámica se inscribe en un campo de disputa más amplio que involucra al modelo biomédico de atención obstétrica, los movimientos por la humanización del parto y las formas contemporáneas de gestión emocional de los cuerpos y personas gestantes.

En este capítulo argumentamos que, en este escenario, la psicología perinatal se presenta como un dispositivo ambivalente. Puede ofrecer una escucha sensible, poner en palabras malestares silenciados y habilitar narrativas no hegemónicas sobre el nacimiento; pero también puede funcionar como tecnología de normalización emocional, reforzando mandatos de autocontrol, gestión afectiva, conexión maternal inmediata y superación rápida del dolor. Como nos invita

a pensar Epele (2020), las tecnologías terapéuticas contemporáneas están atravesadas por una lógica de responsabilización individual del sufrimiento: no se trata solo de sanar, sino de hacerlo de manera eficiente, sin molestar, sin reclamar demasiado, sin interrumpir la marcha del sistema.

La *psicologización*, tal como la define Nikolas Rose (1998), es un proceso mediante el cual los saberes, categorías y técnicas del campo psi –psicología, psiquiatría, psicopedagogía– se expanden hacia nuevos territorios de la vida social, convirtiéndose en formas de interpretación y regulación de la conducta, las emociones y los vínculos. Esta expansión no se da solamente a través de dispositivos clínicos formales, sino también mediante la internalización de discursos sobre el yo, la salud mental y el bienestar que configuran lo que se espera sentir, cómo debe ser vivido lo *normal* y qué modos de subjetividad resultan *aceptables*. En el presente trabajo, el concepto de *psicologización* no se aborda como causa única o aislada de los padecimientos, sino como parte de procesos sociales y culturales más amplios. Siguiendo a Rose (1998), puede entenderse como una forma en que los saberes y prácticas del campo psi participan en la configuración de subjetividades y modos de experimentar el malestar o el bienestar, a menudo, desplazando las dimensiones económicas y políticas que los atraviesan.

En este sentido, el embarazo, el parto y la crianza se han vuelto espacios privilegiados para la intervención psicológica, en tanto condensan dimensiones afectivas, biológicas, vinculares y morales sobre las que se espera ejercer algún tipo de control técnico, preventivo o reparador. Específicamente, en este escrito se examina cómo la expansión del dominio del lenguaje psi opera aquí en un doble plano: por un lado, define ciertos malestares como objeto de diagnóstico e intervención –por ejemplo, el estrés, la depresión postparto o los duelos gestacionales–; y, por otro, produce formas normativas de vinculación, al establecer cómo debe sentirse o expresarse la experiencia de gestar, parir o criar. Así, categorías como la culpa, el miedo, la ansiedad, el apego o la resiliencia adquieren estatuto de verdad, habilitando intervenciones profesionales que, si bien pueden tener un efecto de reconocimiento, también delimitan los contornos de la emocionalidad legítima.

En paralelo, el proceso de *expertización* –tal como lo proponen Pecheny et al. (2002)– alude a la transformación de ciertos actores, inicialmente legos o profanos, en interlocutores legítimos dentro del campo médico y sanitario. En el caso del campo perinatal, esta expertización ha sido protagonizada por psicólogas, puericultoras, doulas, activistas del parto respetado y usuarias críticas del sistema de salud que, desde la experiencia encarnada de parir, maternar o acompañar,

producen un saber situado que disputa autoridad con los modelos biomédicos clásicos. La expertización implica, en este caso, una forma de politización del saber afectivo: ya no se trata solo de acompañar emociones, sino de intervenir en las decisiones clínicas, cuestionar las jerarquías disciplinares y proponer nuevas formas de atención.

Sin embargo, tanto la psicologización como la expertización se despliegan en un campo institucional marcado por relaciones de poder desiguales. Como ha sido investigado y señalado por diversos autores, la atención obstétrica en Argentina continúa siendo profundamente medicalizada, verticalista y signada por la (re)producción de una violencia sistematizada: la violencia obstétrica (VO). Esta violencia –reconocida legalmente desde 2009 e impulsada como categoría crítica por movimientos feministas y de derechos sexuales y (no) reproductivos– permite nombrar prácticas de desautorización, infantilización, abuso y control sobre los cuerpos gestantes, que han sido durante décadas naturalizadas como parte del acto médico. En este sentido, trabajos como los de Castro (2014), Sadler (2004), Magnone Aleman (2010), Camacaro Cuevas (2000), Canevari Bledel (2011) y Sesia (2020) muestran que la VO no es un fenómeno aislado, sino estructural: se encuentra inscripto en la lógica institucional del parto como evento patológico, que debe ser controlado, gestionado y resuelto por expertos.

A partir de estas coordenadas, este artículo se propone analizar el desarrollo de la psicología perinatal en Argentina como un proceso de consolidación de un saber situado en el cruce entre el abordaje biomédico de los partos, la salud mental, el activismo y una atmósfera reivindicativa de derechos sexuales y (no) reproductivos. Como mencionamos, el argumento, o la perspectiva que guía este trabajo, es que la psicología perinatal se constituye como una forma particular de intervención sobre los cuerpos gestantes que, a la vez, reconoce el sufrimiento emocional y produce nuevas exigencias de regulación subjetiva. Su legitimidad se construye tanto desde los saberes disciplinares como desde experiencias personales, afectivas y políticas, lo que la convierte en una tecnología híbrida de cuidado y control.

Para ello, el artículo reconstruye analíticamente tres momentos genealógicos en la conformación del campo: (1) su origen y participación en los cursos de psicoprofilaxis obstétrica, donde la psicología se ve tensionada como herramienta de disciplinamiento emocional y técnico; (2) su institucionalización en hospitales públicos, a partir del trabajo de equipos profesionales que legitiman su rol clínico en el proceso perinatal, y (3) la emergencia reciente de una generación de psicólogas perinatales feministas que articulan activismo, saber

profesional y experiencia personal en la construcción de nuevas formas de acompañamiento.

El abordaje es de tipo cualitativo, basado en la revisión bibliográfica de producciones académicas sobre el tema y en entrevistas semiestructuradas a psicólogas perinatales que trabajan en hospitales, consultorios privados y espacios autogestivos. Además, se inscribe en los datos producidos en más de una década de investigación sobre la atención obstétrica pública, privada y domiciliaria en La Plata (Castrillo, 2019).

La perspectiva teórica retoma aportes de la sociología y antropología de la salud y el nacimiento, y desde un enfoque situado se analizan las relaciones de poder que organizan el campo obstétrico y a los sentidos que se disputan en torno a la salud mental perinatal. Más que ofrecer un balance cerrado, el objetivo es abrir preguntas sobre cómo se configura hoy el vínculo entre salud mental, saberes psi, atención obstétrica y derechos del nacimiento.

## **LENTE CONCEPTUALES: PSICOLOGIZACIÓN, EXPERTIZACIÓN Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

### **LA PSICOLOGIZACIÓN DEL PARTO Y EL MANDATO DE LA GESTIÓN EMOCIONAL**

El ingreso del campo psi en el terreno del parto no es un fenómeno reciente, pero su configuración actual responde a un proceso más amplio de psicologización de la vida social que, como señala Rose (1998), implica la expansión de discursos, técnicas y dispositivos de intervención psicológica sobre ámbitos de la vida que antes no eran medicalizados. Este proceso no se limita a la proliferación de diagnósticos ni al crecimiento del consumo de psicofármacos; implica, sobre todo, la transformación de las formas de subjetivación contemporánea: qué sentimos, cómo lo nombramos, cómo nos narramos, qué esperamos de nosotros y qué se espera que hagamos con nuestro sufrimiento. Este proceso implica una colonización de la experiencia subjetiva por parte de los lenguajes y técnicas del campo psi, especialmente visible en las narrativas contemporáneas sobre el embarazo, el parto y la crianza temprana.

El punto de partida de este saber es la consideración de la maternidad y el proceso de embarazo-parto y puerperio (PEPP) como una crisis vital evolutiva que la mujer atraviesa “en función de: su historia personal, la estructura de su personalidad, su situación presente (conyugal, familiar y social), las características del bebé y la ubicación de este niño en el encadenamiento histórico de su familia” (Paolini, 2011, p. 270). En este marco, la experiencia del parto se vuelve terreno

fértil para la intervención psi. Desde los cursos de preparto hasta las consultas por depresión posparto, la psicología aparece como saber autorizado para interpretar y normar la emocionalidad perinatal. El malestar –ya sea miedo al parto, angustia ante la lactancia, duelo por una pérdida gestacional o cansancio extremo– es codificado en clave diagnóstica, habilitando tratamientos, pero también estableciendo estándares emocionales.

En el caso de la psicología perinatal, esta ambivalencia se expresa con particularidades. Por un lado, muchas psicólogas del campo se definen a sí mismas como críticas de la medicalización del parto, defensoras del paradigma del respeto y promotoras de la autonomía de las personas gestantes. Por otro lado, sus intervenciones se inscriben muchas veces en un régimen de verdad que produce nuevas normativas: se espera que quien va a parir esté conectada con su cuerpo, gestione sus emociones, trabaje sus miedos, elabore sus duelos y establezca un buen vínculo con su bebé desde el primer minuto. La emocionalidad *correcta* se vuelve condición del buen parto y de la buena maternidad.

Esta penetración del discurso psicológico no se produce de forma exclusivamente vertical, desde los dispositivos de salud hacia las usuarias. Por el contrario, se articula con procesos de autoevaluación, de búsqueda de información, de circulación de consejos en redes sociales, de lectura de manuales de crianza respetuosa y de incorporación de narrativas terapéuticas en la vida cotidiana. Así, la consolidación del campo psicológico en la atención y concepción del parto se inscribe en una lógica neoliberal de autogestión del riesgo, en la que las personas gestantes deben ser a la vez informadas, conscientes, autónomas, empáticas y emocionalmente estables. El sufrimiento se convierte en problema técnico, y su solución en tarea individual. Las psicólogas perinatales, lejos de ser agentes externos a esta lógica, se constituyen como mediadoras clave de su transmisión, aun cuando sus prácticas estén atravesadas por cierta crítica y compromiso ético-profesional.

### **EXPERTIZACIÓN Y SABERES ENCARNADOS**

Junto con la psicologización, otro proceso central en la configuración contemporánea de la escena obstétrica es la *expertización* de actores no tradicionales, es decir, la legitimación de saberes situados, encarnados y militantes como formas válidas de autoridad. En su trabajo sobre personas con VIH y hepatitis C, Pecheny et al. (2002) mostraron cómo los pacientes desarrollan saberes técnicos que les permiten discutir de igual a igual con profesionales de la salud, negociar tratamientos y participar en decisiones clínicas. Esta lógica se ha extendido a múltiples campos de la salud, incluyendo el perinatal.

En el campo del parto, la expertización ha sido protagonizada por psicólogas perinatales, doulas, consultoras en lactancia, madres activistas y usuarias críticas que, desde la experiencia, la formación y la militancia, han construido formas de saber que disputan autoridad con la medicina. Este saber no es necesariamente académico ni técnico, pero se sostiene en el relato encarnado, en el testimonio, en la acumulación de acompañamientos, en la escucha de otras. Se trata de una forma de legitimidad afectiva y política que muchas veces incomoda al saber médico tradicional, pero que encuentra eco en las demandas de quienes buscan un parto más respetado.

Sin embargo, este proceso también entraña tensiones. La expertización de lo emocional puede devenir en una *moralización del sufrimiento*, en la que se espera que las mujeres aprendan a nombrar su malestar, a gestionarlo correctamente y a no incomodar demasiado con sus duelos, sus ambivalencias o sus silencios. El relato terapéutico puede convertir en obligación: “hay que hablar, hay que elaborar, hay que sanar”; y si no se logra, la culpa –ese viejo lenguaje del control maternal– aparece de nuevo, pero ahora envuelta en un discurso de cuidado. Al respecto, en otro trabajo (Castrillo, 2024), hemos analizado cómo estas *expertises* maternas generan nuevas normatividades sobre las mujeres-madres que las consumen y las que no.

La psicología perinatal, en este escenario, actúa como bisagra entre el saber experto y el saber vivido. Aporta herramientas para acompañar, pero también produce categorías que delimitan qué es deseable sentir y cómo se debe parir. Su legitimidad se sostiene en una doble operación: se apoya en la formación profesional y en la autoridad del testimonio. Esta doble condición le otorga una potencia política particular, aunque al mismo tiempo la expone al riesgo de ser absorbida por el sistema de salud, que puede adoptar su lenguaje sin que ello implique una transformación real de sus prácticas.

### **LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO MARCO GENERAL DEL ESTUDIO**

El contexto en el cual nos preguntamos por la psicología perinatal es el de una línea de investigación que estudia las experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud sobre la atención perinatal y, específicamente, sobre la VO. Esta perspectiva problematiza la VO y su raigambre en las relaciones médico-paciente y los procesos de medicalización e intervención biomédica, considerando la doble dimensión de la práctica médica, como estructura de dominación y como técnica (Castro y Erviti, 2014, 2015).

Así, los desarrollos en sociología y antropología del parto han permitido comprender a la VO como resultante del cruce entre sistemas desiguales de género y violencia institucional en salud

(Magnone Aleman, 2010); amparada en mecanismos de desautorización de las mujeres y sus saberes en el momento de la atención de su proceso gestacional (Sadler, 2003); siendo la expresión de una violencia estructural en la atención de la salud (Camacaro Cuevas, 2000); o, más claramente, la institucionalización de una violencia de género (Canevari, 2011), asequible como una episteme patriarcal en sí misma (Sesia, 2020).

En términos generales, desde un abordaje sociológico que propone una mirada de género en salud y de derechos humanos, entendemos la VO como violaciones a derechos, resultantes de la estructura de poder del campo médico y del *habitus médico autoritario* que este genera, tal como señaló Castro (2014). Todo ello, sin desconocer que la VO asume un lugar particular dentro del contexto discursivo (Epele, 1993), en tanto su construcción como categoría está en una disputa constante.

El concepto de *violencia obstétrica* se ha consolidado en los últimos años como categoría jurídica, política y analítica para nombrar prácticas institucionales que vulneran los derechos de las personas gestantes durante el embarazo, el parto y el puerperio. En Argentina, su incorporación a la Ley N° 26.485 de Protección Integral a las Mujeres (2009) fue el resultado de una larga disputa impulsada por activistas, profesionales de la salud, usuarias del sistema y académicas feministas que visibilizaron la sistematicidad de una violencia históricamente desatendida.

Lejos de constituir un fenómeno excepcional, la VO se produce en contextos institucionales donde el saber médico se ejerce desde una posición jerárquica, a menudo autoritaria, y en los que el cuerpo gestante es concebido como objeto de intervención y no como sujeto de derecho. Desde una perspectiva crítica, esta forma de violencia puede pensarse no solo como un conjunto de prácticas sancionables, sino como un régimen de poder que articula saberes biomédicos, racionalidades burocráticas y dispositivos de género. Es decir, como parte de una estructura que naturaliza la desautorización del sufrimiento, la infantilización del lenguaje, la omisión de información, la patologización de lo que no se ajusta a la norma y la fragmentación de la experiencia corporal. Podemos pensar que estas formas de violencia se inscriben en la matriz de un abordaje biomédico que, aun cuando se enuncia como centrada en el paciente, continúa operando sobre el principio de control técnico del cuerpo, minimizando o instrumentalizando la dimensión afectiva.

En este contexto, el proceso de atención obstétrica no solo produce efectos físicos, sino que también configura la subjetividad de las personas gestantes. Las emociones experimentadas –miedo, angustia,

soledad, enojo, desconcierto, culpa, ansiedad– no siempre son legitimadas por los discursos institucionales, y, cuando lo son, tienden a ser traducidas a un lenguaje clínico que las convierte en objeto de tratamiento más que de escucha. En muchos casos, lo que se ofrece como *acompañamiento emocional* termina siendo una estrategia de gestión de la queja, de canalización de la angustia hacia dispositivos que mantienen intactas las relaciones de poder que originaron ese sufrimiento. Esta perspectiva invita a ampliar la mirada sobre la violencia obstétrica, entendiendo que no se limita a episodios puntuales, sino que se inscribe en una forma de gobierno de los cuerpos y las emociones que se despliega a través de protocolos, rutinas, criterios de riesgo y esquemas de atención que operan como tecnologías de control.

Frente a este escenario, resulta clave analizar el lugar que ocupa la psicología perinatal como saber emergente en ese entramado, y las formas específicas que asume la intervención psi en relación con el parto. Al respecto y enfocando en la psicología perinatal, se trata de profundizar en la indagación sobre el desarrollo profesional de una disciplina cuyo ejercicio profesional está atravesado por demandas y expectativas sociales, legislaciones, decisiones clínicas, procesos fisiológicos y experiencias de violencia, entre otras dimensiones.

### **LAS MADRES DE LA PSICOLOGÍA PERINATAL: GENEALOGÍA EN TRES MOMENTOS**

Mientras que en la psicología general solemos conocer sus orígenes y principales aportes a través de sus *padres*, en la psicología perinatal son sus *madres* quienes marcaron el camino. Ello no solo se debe a la feminización de la profesión, sino –principalmente– a que sus referentes principales tienen nombre de mujer: Marie Langer<sup>1</sup>, Mirta Videla, Eva Giberti<sup>2</sup> y Alicia Oiberman, a quienes podemos llamar “las pioneras”. Como veremos, los contextos y las propias autodefiniciones de la práctica psi definen sus campos de acción.

---

1 Tal como reseña Mussini (2009, p. 30), en la década de 1950 “tiene influencia en nuestro país y en Latinoamérica la doctora Marie Langer que, siendo médica, se formó además en Viena como psicoanalista. Llegó a la Argentina y difundió su libro *Maternidad y sexo, estudio psicoanalítico y psicosomático* (publicado por primera vez en Buenos Aires por Paidós, en 1951). Con ella estudian los médicos y psicólogos que comienzan a interesarse en los aspectos psicológicos del embarazo y del parto”.

2 Sobre su trabajo, recomendando la lectura de “El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos” presentado en el Primer Congreso Nacional de Partería de Argentina, celebrado en La Plata en octubre de 2003. Allí analiza críticamente el rol de los mitos, la hegemonía médica, el discurso patriarcal y la agenda de los derechos sexuales y reproductivos en la escena de los partos.

A continuación, presentamos los tres momentos que construimos analíticamente, anclados a las referentes mencionadas, en tanto hay líneas de continuidad, diálogos, cruces y variaciones entre ellas.

### **PSICOLOGÍA EN LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA**

Los orígenes de la psicología perinatal en Argentina pueden rastrearse en el marco de los cursos de psicoprofilaxis obstétrica que emergieron en la segunda mitad del siglo XX. Estos espacios, impulsados inicialmente por saberes médicos, integraron progresivamente aportes psicológicos –en especial ligados al psicoanálisis (Felitti, 2011; 2012)– con la finalidad de *preparar* a las mujeres para el parto, en línea con las corrientes de racionalización del nacimiento que promovían una mayor previsibilidad, control y *colaboración* de las pacientes en el proceso obstétrico. Lejos de ser dispositivos neutros, a lo largo de la historia, estos cursos funcionaron como mecanismos de socialización de normas, expectativas y valores sobre el cuerpo gestante y su rol en el nacimiento.

Como hemos mostrado en investigaciones previas (Castrillo, 2019, 2021), estos cursos –realizados tanto en instituciones públicas como privadas y en grupos que acompañan partos domiciliarios– operan como *espacios pedagógico-asistenciales* atravesados por la disputa entre modelos de atención. En muchos casos, estas intervenciones incluyen la enseñanza de técnicas de relajación, visualización o control de la respiración, pero no siempre habilitan una problematización profunda de los miedos, dudas o experiencias previas de quienes participaban. De este modo, pueden funcionar como dispositivos de socialización del modelo médico hegemónico, traducido en clave emocional y pedagógica. Así, en algunos casos, reproducen el discurso biomédico, socializando a las mujeres en la obediencia institucional y en la aceptación de intervenciones como la cesárea o la anestesia. En otros, se articulan con el activismo y buscan empoderar a las personas gestantes en sus decisiones y derechos. Sin embargo, ambos modelos tienden a generar nuevas normatividades, muchas veces en tensión: ya no se trata solo del deber médico de intervenir, sino también del mandato de parir de manera natural, lactar a demanda o criar con apego (Castrillo, 2021, 2024).

De todas formas, y en este marco de grises y ambivalencias, en estos espacios emergieron fisuras y tensiones que permitieron la introducción de discursos alternativos. Algunas profesionales del campo psi comenzaron a cuestionar el rol subordinado que se les asignaba en estos cursos, así como la funcionalidad de estos en relación con la obediencia institucional. Es en este contexto donde se destaca la figura de Mirta Videla –psicóloga, militante feminista y pionera en

la problematización crítica del lugar de la psicología en la atención perinatal-, quien no solo cuestionó el modelo clásico de psicoprofilaxis, al que calificó como obsoleto y reproductor de sumisión, sino que propuso una alternativa denominada Preparación Integral para la Maternidad (PIM), basada en principios de conciencia crítica, participación y empoderamiento (1973/2010).

En sus escritos y experiencias clínicas, Videla advierte que la psicoprofilaxis obstétrica tradicional estaba orientada a fomentar una actitud *colaboradora* de la mujer con relación al acto médico, pero no le ofrecía herramientas para interrogar la escena obstétrica ni para comprender sus propios malestares psíquicos. Denuncia que el uso de técnicas como la respiración o la relajación no funcionaban como recursos de conexión con el cuerpo, sino como estrategias de anestesia emocional, que evitaban el pensamiento crítico y el procesamiento de experiencias traumáticas previas, como partos violentos o pérdidas gestacionales. Desde esta perspectiva, el parto aparece no solo como evento biológico, sino como acontecimiento simbólico y político, en el que se juegan cuestiones de poder, subjetividad y derechos.

La propuesta del PIM se articulaba con una lectura de la maternidad como construcción social situada y con una crítica al binarismo madre-hijo que reducía a las mujeres gestantes al rol de *contenedor emocional* del futuro bebé. En lugar de dictar técnicas, el modelo de Videla promovía el trabajo grupal, la escucha activa, la producción de relatos y la incorporación de las parejas y otros miembros del entorno familiar. Su objetivo era abrir espacio a una palabra encarnada y colectiva, capaz de resignificar el sufrimiento psíquico y habilitar otras formas de transitar el embarazo y el parto. Esta perspectiva anticipaba de forma notable muchas de las críticas que décadas después se articularían desde el feminismo y desde el movimiento por el parto respetado. Videla denunció las formas naturalizadas de maltrato institucional, las violencias simbólicas que se ejercían bajo la forma de omisión o infantilización, la falta de consentimiento informado y la desautorización de la palabra de las gestantes en la toma de decisiones. Desde esa posición, defendía el rol de la psicóloga perinatal como agente de salud comunitaria, capaz de articular prevención, acompañamiento clínico y trabajo político-pedagógico.

En términos institucionales, sin embargo, esta línea crítica no tuvo una incorporación masiva en el sistema de salud. En muchos hospitales, los cursos de parto continuaron replicando el modelo biomédico clásico, incorporando solo parcialmente componentes de *educación emocional*, y manteniendo una estructura jerárquica donde la voz de la persona gestante se subordinaba al saber profesional. Incluso en los espacios más progresistas o alternativos, persistía la expectativa de que

las mujeres *hicieran su parte* emocional, trabajaran sobre sus miedos o *soltaran el control* para facilitar el trabajo del equipo médico. Esta narrativa –aparentemente centrada en la subjetividad– ocultaba muchas veces una nueva forma de exigencia: gestionar las propias emociones para evitar *obstaculizar* el proceso de parto.

Así, el dominio del discurso psicológico del parto comenzó a consolidarse como estrategia de gestión emocional institucionalizada, en la que el sufrimiento psíquico se convertía en riesgo clínico y las emociones *negativas* eran concebidas como obstáculos para el desarrollo del parto fisiológico. Se esperaba que la mujer que paría estuviera emocionalmente preparada, cooperativa, consciente y conectada con su cuerpo y su bebé. Cualquier desviación de este ideal –un ataque de pánico, una expresión de enojo, una sensación de desborde– era rápidamente medicalizada o atribuida a *trabajos emocionales no resueltos*, volviendo a responsabilizar a la gestante por el curso del proceso.

El trabajo de Videla se opuso de forma explícita a esta lógica de responsabilización emocional, proponiendo en cambio un modelo que reconociera el carácter estructural de los malestares perinatales. Recuperando elementos del psicoanálisis, la psicología social y el pensamiento feminista, subrayó la importancia de alojar el conflicto, sostener la ambivalencia y trabajar con las fantasías, temores y duelos que la experiencia de gestar suele movilizar. Lejos de buscar una madre ideal emocionalmente resuelta, su propuesta apuntaba a desarmar las representaciones normativas de la maternidad, habilitando otras formas de habitar ese tránsito.

Desde la perspectiva actual, la figura de Videla puede ser leída como precursora de una psicología perinatal crítica y situada, que no reniega del saber clínico, pero lo enmarca en una matriz de derechos, subjetividades y prácticas sociales. Su enfoque resiste tanto al disciplinamiento biomédico como a la idealización de lo emocional, y abre preguntas que siguen vigentes: ¿qué tipo de subjetividad se espera en la escena obstétrica? ¿Qué mandatos afectivos se inscriben en las prácticas de preparación al parto? ¿Quién tiene la palabra para narrar el sufrimiento psíquico y con qué efectos?

Este primer momento en la genealogía de la psicología perinatal en Argentina que propusimos muestra con claridad las tensiones entre clínica y política, entre acompañamiento emocional y normalización afectiva, entre palabra habilitada y palabra silenciada. A pesar de sus limitaciones institucionales, las críticas formuladas desde esta etapa dejaron un legado teórico, clínico y práctico que continúa resonando en las generaciones más jóvenes de profesionales del campo, y que tensiona de manera productiva las formas actuales de psicologización del parto.

### **LA PSICOLOGÍA PERINATAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

El segundo momento en la historia de la psicología perinatal en Argentina está marcado por su consolidación institucional en el sistema público de salud, particularmente, a partir de los años 90. A diferencia de la inserción previa en cursos de psicoprofilaxis, donde el rol psicológico era auxiliar y muchas veces informal, en esta etapa la disciplina comienza a adquirir legitimidad clínica, presencia en espacios de atención hospitalaria y reconocimiento académico como campo específico de especialización.

Este proceso se da en el marco de una serie de transformaciones más amplias en el sistema sanitario argentino, que incluyen el fortalecimiento del paradigma de la atención primaria, la incorporación de profesionales de la salud mental en equipos interdisciplinarios y la ampliación de los dispositivos de prevención y promoción. También se inscribe en una creciente preocupación por la salud emocional de las personas gestantes y por el impacto psíquico del embarazo, el parto y el puerperio en la díada madre-bebé. En este escenario, la figura de la psicóloga perinatal se posiciona como intermediaria entre el modelo biomédico y las demandas subjetivas, y como agente encargada de la contención emocional, la detección precoz de riesgos y el acompañamiento en situaciones críticas.

Una de las principales referentes de esta etapa es Alicia Oiberman, psicóloga y docente universitaria que desarrolló gran parte de su trabajo en el Hospital Materno Infantil “Ana Goitía” de Avellaneda, en articulación con la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. En suma, encabezó equipos de trabajo en servicios de neonatología y obstetricia, fundó e impulsó la primera carrera de especialización universitaria en psicología perinatal del país, y publicó numerosos textos que sistematizan su experiencia en el ámbito hospitalario (Oiberman 2001; Oiberman et al., 2019). En ellos, propone una definición amplia del campo perinatal, que abarca desde la concepción hasta los primeros años de vida del bebé, y que incluye tanto aspectos clínicos como preventivos, vinculares y comunitarios.

Lo distintivo del modelo desarrollado por Oiberman es que no parte de la demanda explícita de la paciente, sino de una demanda institucional: las intervenciones se realizan por derivación del equipo de salud, y no por solicitud directa de la persona gestante. Esta característica configura una lógica de trabajo interdisciplinario que, aunque habilita la presencia de la psicóloga en múltiples espacios –consultorios, salas de parto, neonatología, internación conjunta–, también reproduce una estructura jerárquica en la que la salud mental ocupa un lugar subordinado respecto del saber médico.

La propia Oiberman (2001) describe este modo de intervención como un trabajo de *amalgama emocional*, en el que la psicóloga perinatal acompaña no solo a la mujer que gesta, sino también al equipo de salud y a la familia ampliada. En este modelo, la presencia psicológica busca crear *condiciones subjetivas* que favorezcan el desarrollo del vínculo temprano madre-hijo, reduzcan el estrés perinatal y prevengan patologías del lazo, tales como el rechazo, la indiferencia o el abandono afectivo. Para ello, se implementan entrevistas individuales, intervenciones en crisis, grupos de madres y acompañamientos en situaciones de riesgo (partos prematuros, internaciones neonatales, pérdidas gestacionales).

Desde esta perspectiva, el parto deja de ser concebido únicamente como un hecho fisiológico, para ser pensado como una crisis vital que implica una reorganización subjetiva y vincular, cuyas implicancias afectan tanto a quien gesta como al recién nacido y al entorno familiar. Esto es, un acontecimiento emocional complejo que moviliza ansiedades, duelos, temores y fantasías tanto conscientes como inconscientes. La función de la psicóloga sería entonces facilitar la elaboración de estas emociones, contener el *desborde*, favorecer la expresión afectiva y promover una reorganización psíquica saludable. Se espera, por ejemplo, que su intervención permita reducir las tasas de depresión posparto, evitar vínculos patológicos y favorecer la adherencia a los tratamientos médicos.

No obstante, esta perspectiva entrafía una serie de ambivalencias. Por un lado, representa un avance en términos de legitimidad profesional: la psicología perinatal ya no es un anexo del curso de parto, sino un componente estable del equipo de salud. Por otro, mantiene una lógica de intervención sobre la base del diagnóstico de *riesgo*, que ubica a la gestante como sujeto vulnerable y a la profesional como garante de una emocionalidad adecuada.

Esta lógica puede favorecer una patologización del malestar, en tanto traduce cualquier expresión de sufrimiento en signo de alarma, y habilita su tratamiento clínico aunque la demanda no haya sido formulada. Además, esta visión tiende a invisibilizar la dimensión estructural del sufrimiento perinatal. Como señalan algunas entrevistadas, la mayoría de los dispositivos psicológicos hospitalarios no incorporan una perspectiva de género, ni una problematización de las condiciones materiales, institucionales y culturales que producen malestar. La ansiedad, el miedo o la tristeza son tratadas como expresiones individuales, sin que se indague en las prácticas de violencia, en la falta de información o en las formas de medicalización coercitiva que muchas veces acompañan el parto hospitalario.

En sus textos más recientes, Oiberman et al. (2019) comienza a reconocer la existencia de violencia perinatal y a incorporar el enfoque de derechos en su análisis. Sin embargo, su abordaje continúa siendo predominantemente clínico, y no plantea una crítica estructural al modelo de atención obstétrica. La psicóloga aparece como figura de sostén emocional, pero no como agente de transformación institucional, a diferencia de la mirada rupturista de Videla. En ese sentido, su modelo se inscribe en una lógica de cuidado emocional que acompaña, pero no necesariamente cuestiona las formas de organización del sistema de salud.

Esta ambivalencia es compartida por muchas profesionales del campo, que encuentran en el hospital un lugar de pertenencia, de reconocimiento y de eficacia clínica, pero también un espacio marcado por límites, jerarquías y mandatos técnicos que condicionan su intervención. Como muestran las entrevistas realizadas a psicólogas perinatales con trayectoria en hospitales públicos en nuestro trabajo de campo e investigación doctoral (Castrillo, 2019, 2021), la tarea cotidiana implica una constante negociación: entre el deseo de acompañar procesos subjetivos y las urgencias institucionales; entre el respeto a la singularidad y la presión por cumplir protocolos, y entre el sostén emocional y la lógica de derivación.

La consolidación de la psicología perinatal en el sistema de salud implica, sin duda, un paso importante en el reconocimiento de la salud mental como dimensión central del cuidado perinatal. Sin embargo, la presencia de la psicología en contextos institucionales fragmentados y jerárquicos no garantiza, por sí sola, una atención respetuosa, integral o emancipadora. Por el contrario, puede reforzar lógicas de evaluación, clasificación y normalización emocional si no se ancla en una ética del cuidado sensible al poder, al género y a las condiciones de posibilidad del sufrimiento.

Este segundo momento histórico deja entonces un saldo ambivalente. Por un lado, la psicología perinatal logra institucionalizarse, formar especialistas, ganar reconocimiento y construir una práctica con cierta autonomía. Por otro, puede decirse que esa legitimidad se consigue muchas veces al costo de reproducir formas sutiles de control emocional, medicalización afectiva y responsabilización individual del bienestar psíquico. La gestación y el parto continúan siendo leídos como eventos de *riesgo*, y el acompañamiento psicológico se vuelve parte de una estrategia más amplia de gestión de esos riesgos, más que de transformación de sus causas. Eso aún está pendiente.

El tránsito hacia formas más críticas y emancipadoras de intervención perinatal parece no poder darse solo desde el interior de los hospitales. Por el contrario, en esta genealogía analítica advertimos

que requiere el encuentro con saberes situados, con narrativas de experiencias, con activismos que disputen sentidos y con prácticas que politicen el sufrimiento sin capturarlo en nuevas normativas. Ese es el movimiento que comienza a tomar forma en el tercer momento de esta genealogía, de la mano de una nueva generación de psicólogas perinatales que se posicionan como actrices sociales, clínicas y militantes. Es decir, si bien Oiberman es una pionera de referencia absoluta en la historia y el estatus actual de la psicología perinatal, las camadas actuales critican la ausencia de perspectiva de género y derechos humanos, y la inclusión de la VO como tal dentro de las discusiones que propone. De hecho, estas son las apuestas de la renovación de este saber y ejercicio psi que proponen las psicólogas a las que llamo *psico-madres*, cuyos aportes analizaremos a continuación.

### **LAS PSICO-MADRES: ACTIVISMO, SABERES SITUADOS Y NUEVAS FORMAS DE AUTORIDAD<sup>3</sup>**

En los últimos 10 a 15 años se consolidó en Argentina un nuevo actor colectivo dentro del campo perinatal: una generación de psicólogas que se posicionan desde una perspectiva feminista, crítica de la medicalización del parto y atenta a las violencias obstétricas. Por eso, podemos decir que el tercer momento en la genealogía de esta psicología perinatal en Argentina se caracteriza por una renovación generacional, ideológica y práctica. Las denominamos *psico-madres* en alusión a su doble inscripción: son psicólogas perinatales y también madres, o mujeres atravesadas por historias personales de gestación, parto, pérdida o acompañamiento afectivo de otras gestantes. Esta doble condición se vuelve parte constitutiva de su identidad profesional, habilitando un tipo de saber que no solo es académico o clínico, sino también encarnado, afectivo y político.

La emergencia de estas profesionales está vinculada con múltiples procesos sociales y culturales. Por un lado, el auge del movimiento feminista y su creciente incidencia en los debates sobre salud, derechos reproductivos y violencias de género. Por otro, la expansión de espacios de formación no tradicionales –talleres, redes, certificaciones privadas– que ofrecen marcos teóricos y prácticos alternativos a los de la academia y los hospitales. A esto se suma la circulación de relatos de experiencias de parto en primera persona, la profesionalización de las doulas, y la multiplicación de plataformas digitales donde se discute sobre lactancia, puerperio, salud mental, aborto, trauma, crianza y

---

3 En este apartado reproducimos frases de psicólogas perinatales de provincias argentinas que oficiaron de informantes claves y nos concedieron entrevistas a los fines de la escritura de este trabajo.

deseo de no materner. Todo este entramado da lugar a un saber híbrido, en el que se cruzan psicología, activismo, experiencia y tecnología.

Las psico-madres no llegan a la psicología perinatal desde una formación institucional formalizada, sino desde trayectorias vitales y laborales que las colocan en diálogo con el sufrimiento gestacional y con las luchas por transformar la escena del parto. Así, en la reconstrucción del estado actual que realizamos con entrevistas a informantes claves que ejercen la psicología perinatal, es posible advertir que los atravesamientos personales –tanto de los activismos feministas como de las experiencias de VO en sus propios procesos de maternidad– signaron el futuro de su desarrollo profesional: “Esa es otra marca de lo perinatal: que hemos llegado a esto, la mayoría por haber tenido hijos o por haber vivido de cerca alguna situación que nos interpeló”. Esta experiencia personal no es solo anecdótica: es constitutiva del modo en que entienden el sufrimiento y su rol profesional.

Su legitimidad se construye desde la experiencia situada, desde haber sentido en carne propia los efectos del maltrato, la desinformación o la presión institucional. La formación de estas profesionales suele ser autogestiva y situada por fuera de las instituciones académicas tradicionales. Se nutren de enfoques diversos –cognitivo-conductuales, ecosistémicos, feministas, psicología social latinoamericana– y desafían la hegemonía psicoanalítica que caracterizó las etapas anteriores. Además, articulan sus saberes con una fuerte vocación de incidencia pública y militante. No es casual que muchas mantengan perfiles profesionales activos en redes sociales, talleres comunitarios, círculos de maternidad y asesorías interdisciplinarias, posicionándose como actrices que disputan sentido sobre qué es un *buen parto*, una *buen madre* y una salud mental *respetuosa*.

En este sentido, uno de los rasgos más distintivos de esta generación es su activismo profesionalizado. No se trata solo de intervenir en situaciones de crisis o de ofrecer contención emocional, sino de disputar sentidos sobre lo que significa parir, materner, sufrir, vincularse o no con el hijo. Muchas de estas psicólogas participan de redes interdisciplinarias junto a obstetras, parteras, consultoras de lactancia y doulas en talleres de preparación para el parto, grupos de crianza o acompañamientos de duelos gestacionales. Además, como mencionamos, tienen presencia activa en redes sociales, donde difunden información, comparten relatos, ofrecen recursos y visibilizan problemáticas que históricamente han sido silenciadas. Esta dimensión digital de su trabajo permite construir comunidad, generar alcance masivo y desafiar las jerarquías tradicionales del saber experto.

En esta etapa de la genealogía de la psicología perinatal que construimos se observa una expansión de los malestares nombrados

y de los lenguajes para tratarlos. A la depresión posparto y el duelo perinatal se suman diagnósticos como ansiedad, autoexigencia, *culpa maternal*, sensación de desborde o síndrome de *burnout* materno. Estas categorías, aunque no siempre están formalizadas en manuales diagnósticos, permiten nombrar malestares reales que, de otro modo, quedarían fuera del lenguaje clínico. En muchos casos, estos términos circulan más en los grupos de apoyo o en los posteos de Instagram que en los manuales universitarios. Esto es, estas etiquetas, aunque permiten visibilizar experiencias reales, también pueden operar como nuevos modos de clasificación y regulación emocional. La gestión de las emociones se vuelve no solo una necesidad clínica, sino una nueva forma de responsabilidad personal.

A partir de la indagación realizada, podemos numerar los siguientes motivos de consulta y demanda de atención principales (por orden cronológico en el proceso perinatal). En la *gestación*: tratamientos de fertilidad y búsqueda de embarazo (“vienen a buscar este acompañamiento porque aparte ahí también hay un manoseo de los cuerpos de las mujeres tremendo”), y pérdida, muerte y duelo gestacional. En el *embarazo*: acompañamiento en embarazo, ansiedades y temores asociados (miedo al parto, gestión del dolor, de expectativas, planificación). En el *parto*: experiencias traumáticas, violencia obstétrica y sus consecuencias, en particular *trastorno por estrés postraumático*. En el *puerperio*: depresión posparto, cuyas cifras de diagnóstico dicen que *explotaron* tras la pandemia, aunque no la ubican como desencadenante; la lactancia como objetivo *interferido desde afuera*, cuyo desarrollo debería poder darse sin problemas “si esa mujer y ese bebé tuvieran su tiempo cuidado, por el entorno”; cuestiones ligadas a la crianza y al ejercicio de la maternidad; y la conciliación maternidad-trabajo, entre otras.

Este proceso implica también una transformación del encuadre clínico. Algunas psico-madres suelen construir dispositivos más flexibles, horizontales y afectivamente involucrados, que se distancian tanto de la lógica hospitalaria como del consultorio clásico. En lugar de consultas individuales con encuadre cerrado, proponen círculos de palabra, espacios grupales, encuentros interdisciplinarios y asesorías comunitarias. Este modelo no elimina la dimensión técnica, pero la reconfigura: el saber no se transmite de arriba hacia abajo, sino que se produce en la interacción, en el relato compartido, en la escucha mutua.

No obstante, este modelo también tiene sus propias tensiones. Por un lado, puede generar nuevas normativas afectivas, centradas en ideales de *maternidad consciente*, *parto conectado* o *crianza respetuosa*, que funcionan como imperativos difíciles de cumplir. Como

advertimos (Castrillo, 2024), muchas mujeres que no logran amamantar, que sienten rechazo, que no se *conectan* con su bebé o que atraviesan un puerperio difícil, experimentan culpa y frustración por no responder a esas expectativas. A veces, las prácticas más progresistas pueden reproducir exigencias igual de rígidas que las del modelo biomédico, solo que revestidas de lenguaje emocional. Estas psicólogas también problematizan los efectos de los mandatos de *buena maternidad* construidos desde ciertos discursos hegemónicos, incluso en contextos alternativos. Señalan cómo la exigencia de parir sin intervención, amamantar a demanda o estar emocionalmente disponibles puede generar culpas intensas, ansiedad y sensación de fracaso. Se trata, en definitiva, de un nuevo tipo de normatividad emocional, no ya dictada por el saber médico, sino por ideales de maternidad consiente, respetuosa y resiliente.

Entonces la psicología perinatal actual, que usa su nombre y apellido, que se ejerce fuera de la institución médica –aunque no exclusivamente– abarca muchas temáticas propias del ejercicio maternal actual que, en el caso argentino, está atravesado por el movimiento por el parto respetado, la lucha contra la VO y las agendas que buscan mayores derechos y autonomía en las formas de materner. Al respecto, encontramos interesante consultar a las informantes claves sobre los nuevos mandatos que generan las *expertises* maternas que inauguró el movimiento por el parto respetado, un fenómeno que hemos estudiado y analizado poniendo el foco en los discursos que reproducen en redes sociales (Castrillo, 2024). Consideramos que este *ruido de fondo*, como le llamamos a los discursos y mandatos que circulan, entra al consultorio psicológico en tanto interpela y afecta las experiencias de las mujeres-madres.

No ha cambiado el nivel de exigencia, lo que ha cambiado es el contenido: las mujeres somos carne de cañón de que nos digan qué tenemos que hacer y cómo lo tenemos que hacer (...) el asunto está mucho más puesto en si vos vas a ser mala o buena madre. Como que en todo caso sí hay un espacio de libre albedrío, un pibe que va a crecer y que se las va a arreglar. Pero lo que salga mal, probablemente, sea tu culpa (Psicóloga perinatal, comunicación personal, febrero 2024).

Ese ruido de fondo también aparece en la consulta prenatal como un mandato constante que genera “muchísima ansiedad en si lo estoy haciendo bien o no lo estoy haciendo bien. Mucha culpa cuando no puedo cumplir con todos los mandatos, con todo lo que se comunica que hay que hacer”. Así, las madres perfectas y expertas aparecen como un modelo constante con el que trabajan las psicólogas perinatales:

“Mi laburo es desculpabilizar madres”, sostiene una de nuestras informantes. Esto discute el meme –como formato arquetípico del sentido común cristalizado– de Freud diciendo “todo es culpa de tu madre”. La culpa materna puede trabajarse en las salas de terapia; sin embargo, parece ser una herencia inevitable de la maternidad, en cuya experiencia se instalan el lenguaje de la culpa, ansiedad, perfección.

Además, la creciente popularización del lenguaje psi –a través de redes, talleres y espacios de formación– también conlleva el riesgo de simplificación. No toda experiencia de tristeza es una depresión, ni todo miedo es una ansiedad, ni todo parto difícil es un trauma. Las psico-madres son conscientes de esta tensión, y muchas la abordan con una ética del cuidado que busca no patologizar en exceso, pero sí habilitar el relato del dolor. Es preciso, en ese contexto, retomar un marco conceptual sobre el abordaje antropológico de los saberes y dispositivos psi (Epele, 2020; Martínez Hernández, 2025) para poder dar cuenta de que los malestares que atraviesan las personas gestantes no pueden ser leídos solo en clave individual: responden a condiciones estructurales, institucionales, económicas, de género y de clase que configuran los márgenes de posibilidad del sufrimiento.

Por eso, muchas de estas profesionales insisten en la necesidad de politizar el dolor, de inscribir el sufrimiento perinatal en tramas más amplias, y de no ofrecer –únicamente– soluciones terapéuticas a problemas estructurales. En sus relatos, aparece con frecuencia la crítica a los hospitales que siguen infantilizando a las pacientes, a las obras sociales que no cubren acompañamientos, a las condiciones de precarización laboral que impiden sostener espacios de calidad. La psicología perinatal, en esta clave, no es un servicio más, sino una forma de intervención situada que requiere tiempo, escucha, afecto y compromiso político.

Otra dimensión clave del trabajo de las psico-madres es su rol en la visibilización de la VO. Muchas de ellas trabajan directamente con mujeres que han atravesado partos traumáticos, cesáreas innecesarias, pérdida gestacional sin contención, inducciones no consentidas, comentarios denigrantes o prácticas que violan los derechos establecidos por la Ley de Parto Humanizado. Su intervención no solo se orienta a reparar el daño emocional, sino también a restaurar el poder narrativo: ayudar a las personas a nombrar lo que les pasó, a no sentirse culpables, a reconstruir su historia desde otro lugar. En estos casos, la psicóloga se convierte en aliada política, en testigo validante, en puente hacia el reclamo.

Sin embargo, el campo de la psicología perinatal no cuenta aún con una regulación clara. No existe una especialidad reconocida por todos los colegios profesionales de las diferentes jurisdicciones, ni un

sistema de certificación oficial. El campo muestra una notable diversidad: hay profesionales con formación rigurosa, otras con aprendizajes fragmentarios, y también prácticas que se desarrollan sin suficiente respaldo ético ni supervisión adecuada. Las propias psico-madres son críticas de esta situación, y muchas impulsan procesos de profesionalización, de construcción de marcos comunes y de articulación con redes de salud pública.

Lo que este tercer momento revela es una transformación en las formas de producir, legitimar y disputar saberes sobre el parto y la salud mental perinatal. Las psico-madres encarnan un tipo de autoridad nueva, que no se define solo por el diploma o el consultorio; sino por la capacidad de escuchar, de acompañar, de sostener el conflicto, de narrar desde el cuerpo y de resistir desde el cuidado. Su práctica no está exenta de contradicciones, pero abre un horizonte en el que la psicología perinatal ya no es solo un recurso técnico, sino un espacio de producción de sentido, de reparación subjetiva y de disputa política. Aquí, entonces, la expertización y aquel capital del que hablan Pecheny et al. (2002) entra en juego en un doble sentido: por un lado, estas psicólogas se especializan en esta rama a partir de su propia experiencia encarnada; y, por el otro, el ruido de fondo que generan las *expertises* maternas de redes sociales entra al consultorio como caldo de cultivo de motivos de consulta.

Esta tercera etapa refleja, en suma, una transformación en las condiciones de producción y circulación del saber psi: se populariza, se feminiza, se transversaliza. Pero también se complejiza, al entrelazarse con agendas políticas, afectivas y económicas que redefinen los contornos de lo que entendemos por salud mental perinatal. Su potencia crítica reside, quizás, en su carácter híbrido: profesional y activista, emocional y político, clínico y colectivo.

### **A MODO DE CIERRE**

Este artículo reconstruyó la trayectoria de la psicología perinatal en Argentina desde la perspectiva de la sociología y antropología, a través de tres momentos analíticamente diferenciados: su participación subordinada en los cursos de psicoprofilaxis obstétrica durante las décadas de 1970 y 1980; su institucionalización en servicios hospitalarios desde los años 90, y su reconfiguración reciente como saber encarnado, activista y feminista, en el marco del movimiento por el parto respetado. Lejos de tratarse de una evolución lineal o de un proceso de profesionalización neutro, esta genealogía muestra cómo la psicología perinatal se constituyó como un campo atravesado por tensiones, disputas, ambivalencias y contradicciones que remiten a tres procesos interrelacionados: la VO como régimen de poder institucional; la

centralidad del paradigma psicológico en la gestación y el parto como forma contemporánea de regulación emocional, y la expertización de saberes situados como forma de disputa de autoridad.

En primer lugar, el recorrido evidenció cómo la psicología perinatal emergió inicialmente como herramienta de disciplinamiento dentro de los cursos de parto, donde operaba más como extensión emocional del modelo médico que como espacio de escucha crítica. El saber psi era convocado para ayudar a las mujeres a controlar su miedo, a respirar adecuadamente, a preparar su cuerpo para colaborar con los protocolos biomédicos. En este marco, la figura de Mirta Videla propuso una ruptura clave, al señalar que el rol de la psicóloga debía ser el de generar conciencia crítica, facilitar la palabra, alojar la ambivalencia, y abrir espacios grupales donde lo emocional no se redujera a técnicas de relajación sino que habilitara la elaboración simbólica de las experiencias. Su propuesta del PIM prefiguró muchas de las demandas del actual paradigma de atención centrada en derechos, aunque no logró ser plenamente integrada a las instituciones de salud.

El segundo momento, centrado en el ingreso/legitimación del rol de las psicólogas perinatales en servicios hospitalarios, mostró un avance en términos de reconocimiento profesional y presencia institucional. La figura de Alicia Oiberman permitió consolidar un modelo clínico con base psicoanalítica, orientado a la prevención de riesgos emocionales, al fortalecimiento del vínculo temprano madre-bebé y a la intervención ante situaciones críticas como partos prematuros, internaciones neonatales o pérdidas gestacionales. Sin embargo, este modelo mantuvo muchas de las lógicas jerárquicas del sistema biomédico: por ejemplo, la intervención psicológica no se activaba por demanda de la usuaria, sino por derivación médica. Así, aunque se ampliaba el espectro de lo atendible, se mantenía una lógica de normalización emocional, en la que la salud mental se volvía una nueva forma de gestión de la persona gestante.

El tercer momento analizado –el más cercano temporalmente y el más heterogéneo en sus formas– está protagonizado por una nueva generación de psicólogas perinatales que se autodefinen como feministas, críticas del modelo médico y comprometidas con la denuncia de las violencias obstétricas. Muchas de ellas llegan al campo desde sus propias experiencias de parto o de acompañamiento a otras mujeres, y construyen una práctica que combina formación académica, experiencia encarnada y activismo político. Su autoridad no se basa exclusivamente en títulos o certificaciones, sino en la capacidad de alojar el sufrimiento desde una posición situada, empática y crítica. En este marco, la psicología perinatal se vuelve también un lenguaje político: una forma de habilitar el relato del trauma, de legitimar la

queja, de nombrar la culpa y el miedo como efectos estructurales, y de politizar el dolor.

Este movimiento de resignificación no está exento de tensiones. Por un lado, muchas de estas psicólogas denuncian los efectos de la medicalización emocional: la transformación del malestar en diagnóstico, la exigencia de una maternidad emocionalmente resuelta, y la patologización de sentimientos como la tristeza o la ambivalencia. Por otro, ellas mismas enfrentan el desafío de no producir nuevos mandatos afectivos, centrados en ideales de parto natural, conexión emocional o crianza consciente, que terminan generando nuevas formas de exigencia y culpa. La práctica profesional se vuelve así un espacio de disputa entre el acompañamiento genuino y la reproducción de normatividades emocionales en clave progresista.

En este contexto, la categoría de *psicologización*, retomada desde Rose (1998), permite comprender cómo el campo psi produce no solo intervenciones, sino marcos de verdad: define qué es normal sentir, cómo debe narrarse el sufrimiento, y cuáles son los afectos deseables en la escena obstétrica. Este proceso de traducción de lo social en términos psicológicos no se limita al consultorio o al hospital: circula en redes sociales, en grupos de maternidad, en manuales de crianza y en relatos compartidos. Su potencia reside en su capacidad de reconocimiento; su riesgo, en su capacidad de normativización.

Del mismo modo, el concepto de *expertización*, tal como lo desarrollan Pecheny et al. (2002), permite pensar cómo se construyen nuevas formas de autoridad a partir de saberes situados, de trayectorias encarnadas y de experiencias de sufrimiento. Las psicólogas perinatales contemporáneas son ejemplo de esta figura híbrida: no son legas, pero tampoco representantes puras del saber técnico. Su legitimidad se construye en la intersección entre lo vivido, lo clínico y lo político. Pero esa legitimidad también puede ser reapropiada por el sistema, transformándose en estrategia de contención sin transformación estructural.

A lo largo de esta genealogía, se hizo visible también el lugar central que ocupa la VO como categoría estructurante del campo perinatal. Lejos de implicar un conjunto de prácticas excepcionales, la violencia obstétrica se revela como forma normalizada de ejercicio del poder médico sobre los cuerpos gestantes, y como expresión concreta de una racionalidad institucional que desoye, interrumpe o patologiza las experiencias de quienes paren. En ese marco, la psicología perinatal aparece como bisagra ambigua: puede ser aliada de la denuncia, pero también herramienta de gestión emocional del daño. Su rol dependerá del encuadre institucional, de la formación de sus profesionales y de la ética política que sustente sus intervenciones.

En suma, la psicología perinatal en Argentina se ha configurado como un campo dinámico, plural, en tensión permanente entre clínica y política, entre reconocimiento y control, entre reparación y normatividad. Su historia, como se ha mostrado, no es la de un simple proceso de profesionalización, sino la de una disputa por los sentidos del parto, del sufrimiento, de la maternidad y de la salud mental. En última instancia, lo que está en juego es quién tiene la palabra en la escena del nacimiento, cómo se narran los malestares perinatales, y con qué efectos. La psicología perinatal, como todo saber situado, puede ser una herramienta de escucha, pero también una tecnología de poder. El desafío es politizar su ejercicio sin despojarlo de su dimensión clínica, y construir formas de atención que no solo gestionen emociones, sino que reconozcan los cuerpos, las historias y los derechos de quienes paren.

La búsqueda de las ontologías de la actual psicología perinatal nos permite construir un nuevo rol de la psicología en la escena de los partos, todo ello en un marco signado por la visibilización de las violencias de género, la lucha por derechos sexuales y reproductivos, la emergencia de *expertises* maternas y una maternalización que se reactualiza en discursos performativos y prácticas sobre la salud mental de las mujeres-madres y personas gestantes. En ese contexto discursivo escribimos este capítulo, que no buscó ser una exhaustiva reconstrucción de toda la historia, aportes y tensiones del desarrollo de la psicología perinatal, sino más bien una primera aproximación a la construcción de puentes entre estas inquietudes y las propias.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Camacaro Cuevas, Marbella (2000). *Experiencia del parto: Proceso de la mujer o acto médico*. Valencia, Venezuela, Universidad de Carabobo.
- Canevari Bledel, Cecilia (2011). *Cuerpos enajenados: Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Buenos Aires, Barco Editra.
- Castrillo, Belén (2019). *Hacer partos y parir: Hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos* (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional de La Plata. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/78629>
- Castrillo, Belén (2021). Cursos de parto: ¿socialización para la obediencia o empoderamiento para la autonomía reproductiva? *Revista Colombiana de Sociología*, 44(2), 39-59.
- Castrillo, Belén (2024). Expertises maternas y normatividades en juego: la cesárea electiva y la alimentación por fórmula en grupos virtuales de activistas. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (101).

- Castro, Roberto (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197. Ciudad de México, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista Conamed*, 19(1), 37-42. México, Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, CRIIM.
- Epele, María (1993). La relación médico-paciente en el cáncer terminal: una aproximación a la muerte en la sociedad compleja. *Revista Chilena de Antropología*, (12). Santiago, Universidad de Chile.
- Epele, María (2008). Privatizando el cuidado: desigualdad, intimidad y uso de drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (6), 293-312. Bogotá, Universidad de los Andes.
- Epele, María (2020). *Políticas terapéuticas y economías del sufrimiento*. Buenos Aires, Argentina, CLACSO. <https://doi.org/10.2307/j.ctv20z9n>
- Epele, María y Del Monaco, Romina (2020). *Tecnologías y técnicas en investigaciones socioantropológicas de la salud*. Buenos Aires, Estudios Sociológicos Editora.
- Fassin, Didier (2016). *La razón humanitaria: Una historia moral del tiempo presente*. Buenos Aires, Prometeo Libros.
- Felitti, Karina (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, (18), 113-129. Río de Janeiro, Fiocruz.
- Felitti, Karina (enero de 2012). Nuevas formas de atención del parto en la Argentina de los años sesenta y setenta: debates y experiencias. En Enrique Pérez, José Toscano, Cristina Flecha, Ana Guil, Ana Macías y María Piñero (Comps.), *Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género* (Vol. 31). Universidad de Sevilla, España.
- Felitti, Karina y Abdala, Leila (2018). El parto humanizado en la Argentina: activismos, espiritualidades y derechos. En *Parterías de Latinoamérica: Diferentes territorios, mismas batallas* (pp. 95-121). San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México, El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR).

- Giberti, Eva (29 de octubre de 2003). *El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos*. Primer Congreso Nacional de Partería, La Plata.
- González, María Fernanda; García Presas, Ana Laura; Mattioli, Marana y Marano Roude, María (octubre de 2024). “*Ni solas, ni locas*”: narrativas de activistas por el parto respetado en Entre Ríos. En III Jornadas de Género y Diversidad Sexual (GEDIS). Universidad Nacional de La Plata.
- Magnone Aleman, Natalia (2010). *Derechos y poderes en el parto: Una mirada desde la perspectiva de humanización* (Tesis de Maestría en Sociología). Montevideo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.
- Martínez Hernández, Ángel (2025). Antropología y salud mental contemporáneos: dilemas y desafíos contemporáneos. En Nadia Sayed-Ahmad Beiruti, Ana Suess Schwend y Ana Millán Carrasco (Coords.), *Salud mental y migraciones*. Sevilla, Red iSir, Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Consumo, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Mussini, Adriana (2009). *Parto, miedo y dolor: Medir el miedo para dar cauce al dolor*. Buenos Aires, Del Nuevo Extremo.
- Oiberman, Alejandra (2001). *La palabra en las maternidades: Una aproximación a la psicología perinatal*. *Psicodebate*, (1); 87-91. Universidad de Palermo. Facultad de Ciencias Sociales.
- Oiberman, Alejandra; Mansilla, Marina; Carballo, Romina y Elizondo, Cecilia (2019). *El lado oculto de la violencia obstétrica: Parto, dolor y violencias*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Paolini, Claudia Inés (noviembre de 2011). Violencia perinatal: una nueva conceptualización. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Pecheny, Mario; Manzelli, Héctor y Jones, Daniel (2002). *Vida cotidiana con VIH/sida y/o con hepatitis C: Diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización*. Buenos Aires, CEDES, Cuadernos del Ciclo de Seminarios de Salud y Política Pública.
- Rose, Nikolas (1998). *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Sadler, Michelle (2003). *Así me nacieron mi hija: Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario* (Tesis de Grado). Santiago, Universidad de Chile.
- Sesia, Paola (2020). Violencia obstétrica en México: la consolidación disputada de un nuevo paradigma. En Patricia Quattrocchi

y Natalia Magnone Alemán (Coords.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires, Editorial EDUNLa, Universidad Nacional de Lanús.

Videla, Marta (2010). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión. (Trabajo original publicado en 1973).

## SOBRE LAS Y LOS AUTORES

**María Epele** es Antropóloga, especializada en antropología médica. Profesora Asociada De la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad Nacional de Buenos Aires, Investigadora Principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, CONICET. Ha dirigido diferentes proyectos de investigación sobre muerte y morir, VIH-SIDA, violencias y géneros, consumos problemáticos, pobreza y desigualdades, terapéuticas y salud mental. En la actualidad dirige proyectos sobre salud mental, tecnologías psi y padecimientos en sectores segregados. También dirige el Grupo de Estudios sobre Tecnologías Psi, del Instituto Gino Germani, de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Ha dictado seminarios de posgrado y doctorado en Universidades Nacionales e internacionales. Tienen numerosas publicaciones en revistas nacionales e internacionales. Entre los libros se destacan los siguientes. *Sujetar por la Herida. Una Etnografía sobre Drogas, Pobreza y Salud* (Buenos Aires, Paidós 2010); *Padecer, Cuidar y Tratar* (Editora, Buenos Aires, Antropofagia, 2013); *Malestares en Etnografía. Malestares en Antropología* (Co-editado con Rosana Guber, Buenos Aires: IDES, 2019), *Políticas Terapéuticas y economías de sufrimiento. Perspectivas y Debates* (Editora, Buenos Aires: IIGG-CLACSO)

**Romina del Monaco** es Dra. en Ciencias Sociales (FSOC-UBA), Magister en Antropología Social y política (FLACSO) y licenciada

en Sociología (UBA). Se desempeña como investigadora adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), del Instituto de Investigaciones Gino Germani y como profesora adjunta de la carrera de Sociología (UBA). Es integrante del grupo de estudios sobre tecnologías psi en el IIGG y de la Red de Antropología y Salud de Argentina. Actualmente investiga temas vinculados a las tecnologías psi, modos de producción de saberes expertos y su relación con los estudios de género, queer y de la afectividad. Tiene numerosas publicaciones en revistas nacionales e internacionales y ha editado los siguientes libros: “Idiomas del dolor crónico: experiencias y saberes a partir de la migraña” (Editorial Biblos) y *Tecnologías y técnicas en investigaciones socio antropológicas de la salud* (Co-editado con María Epele, CIES, estudios sociológicos editora).

**Silvana Garbi** es doctora en ciencias sociales, especialista en gestión y planificación de políticas sociales y licenciada y profesora en sociología por la Universidad de Buenos Aires. Ha sido jurado y ha dirigido y codirigido tesis de posgrado sobre consumos problemáticos, políticas públicas y salud mental comunitaria. Es docente de grado y posgrado en Universidades Nacionales (UBA, UnLaM). Ha sido becaria doctoral y posdoctoral de CONICET. Tiene publicaciones en revistas nacionales e internacionales y en libros sobre consumo problemático de sustancias y abordaje territorial. Es autora del libro *Aislamientos y encierros. Modos legos y expertos de tratar los consumos problemáticos de drogas* (TeseoPress, 2020). Integra el Grupo de Estudios sobre Tecnologías Psi, del Instituto Gino Germani, de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA y ha participado en numerosos proyectos de investigación sobre drogas, pobreza y salud.

**María Emilia Sabatella** es doctora en Antropología y Licenciada en Ciencias Antropológicas con orientación sociocultural por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Es Investigadora Adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), en el Instituto de Investigaciones en Diversidad Cultural y Procesos de Cambio (IIDyPCa/UNRN-CONICET) de la ciudad de San Carlos de Bariloche. Es docente regular de la Licenciatura en Ciencias Antropológicas de la Universidad Nacional de Río Negro. Investiga problemáticas vinculadas con el acceso a la salud del pueblo mapuche y la inclusión de los derechos indígenas en las políticas públicas sanitarias en la provincia de Río Negro. Es integrante de la Red de Antropología y Salud de Argentina (RedASA).

**Alexandre Branco-Pereira** es profesor sustituto en el Departamento de Antropología de la Universidad de Brasilia (UnB). Doctor en Antropología Social por la UFSCar, con estancia doctoral en la Canada Excellence Research Chair (CERC) in Migration and Integration de la Toronto Metropolitan University. Investigador visitante en la Dalla Lana School of Public Health (University of Toronto) por el Global Skills Program (2024). Maestro en Antropología Social (UFSCar) y licenciado en Ciencias Sociales con habilitación en Antropología (UnB). Docente en la PUC-MG (posgrado en Psicología y Migración – EAD) y fue profesor en la UEMG (2022). Becario de Wenner-Gren Foundation y fellow del Social Science in Humanitarian Action Platform (IDS – University of Sussex). Integra el LEM/UFSCar, PROMIGRAS/Unifesp, Rede Covid-19 Humanidades (MCTI), y el OBMigra/UnB. Coordina el Observatório Saúde e Migração (OSM), es editor de su boletín y forma parte de la coordinación de la Frente Nacional pela Saúde de Migrantes.

**Ana Elisa Bersani** es doctora en Antropología Social por la Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP), donde también obtuvo el título de maestra. Licenciada en Ciencias Sociales por la Universidad de São Paulo (USP). Es investigadora del Centro de Estudios de Migraciones Internacionales (CEMI – IFCH/Unicamp) y del Departamento de Investigación de la Fundación José Luiz Setúbal. Realizó estancia doctoral (PDSE-CAPEs) en el Instituto de Ciências Sociais de la Universidad de Lisboa (2019) y fue visiting student en el MIT (2013/2014). Integra el Observatório Saúde e Migração (OSM-FENAMI) y ha coordinado la Red de Cuidados en Salud para Inmigrantes y Refugiados en São Paulo. Colabora con servicios de atención a personas migrantes y refugiadas y, desde 2016, actúa como antropóloga y coordinadora de Promoción de Salud en Médicos Sin Fronteras. Tiene interés en temas de salud, ayuda humanitaria, migración, crisis y contextos posdesastre.

**Alejandra Carreño-Calderón** es Antropóloga Social, Doctora en Antropología de la Universidad de Siena (Italia). Estudia temas de salud, género, migración y niñez. Es investigadora principal de diversos proyectos vinculados a la salud de niños, niñas y adolescentes migrantes, coordinadora de la Red chilena de Investigación en Salud y Migración (RECHISAM) y de la Red chilena de Antropología de la Salud. Ha realizado etnografía en países como Italia, México, Chile y República Dominicana. Trabaja como profesora asociada en el Centro de Salud Global Intercultural, Universidad del Desarrollo.

**Soledad Martínez** es Antropóloga y doctora en Geografía Humana. Ha investigado el caminar como práctica cotidiana urbana. Se interesa especialmente en las posibilidades de los métodos cualitativos para abrir espacios de acercamiento, reflexión y experimentación. Trabaja como docente en la Universidad Diego Portales y como investigadora en distintos proyectos de investigación académica y aplicada.

**Elisa Alegre-Agís** es Doctora en Antropología Médica y Salud Global por la Universitat Rovira i Virgili (URV), Licenciada en Antropología Social y Cultural (URV) y Diplomada en Trabajo Social por la Universitat de València. Actualmente es Investigadora Postdoctoral Juan de la Cierva en el Grupo de Investigación *LIS Estudios sociales y de género sobre la corporalidad, la subjetividad y el sufrimiento evitable* en el Departamento de Sociología de la Universitat Autònoma de Barcelona. Es miembro del *Medical Anthropology Research Center URV*, de la junta directiva del Institut Català d'Antropologia (ICA) y co-coordinadora de la Red de Antropología Médica y de la Salud vinculada a la Asociación de Antropología del Estado Español ASAE. Algunas de sus publicaciones pueden consultarse en <https://www.researchgate.net/profile/Elisa-Alegre-2>.

**Asun Pié Balaguer** es Doctora en Pedagogía por la Universidad de Barcelona y Diplomada en Educación Social por la Universidad Ramon Llull. Es profesora agregada de los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la *Universitat Oberta de Catalunya* (UOC). Es miembro del Grupo de Investigación *CareNet. Care and Preparedness in the Network Society* (IN3-UOC) y del *Medical Anthropology Research Center* (MARC). Algunas de sus publicaciones pueden consultarse en: <https://www.researchgate.net/profile/Asun-Pie-Balaguer>.

**Miguel Salas Soneira** es Doctor en Ciencias de la Educación por la Universidad de Barcelona (UB), educador social por la Universidad de Santiago de Compostela y licenciado en Publicidad y Relaciones Públicas por la Universidad de Vigo. Actualmente, es profesor en los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la *Universitat Oberta de Catalunya* (UOC). Su trayectoria de investigación se centra en la actuación educativa vinculada a la gestión social del sufrimiento. Algunas de sus publicaciones pueden consultarse en: <https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Salas-Soneira>. Es miembro del *Medical Anthropology Research Center* (MARC).

**Sofía Bowen** es doctora en Antropología por King's College London, con especialización en antropología de la salud mental y la psiquiatría.

Es magíster en Antropología Médica por la Universidad de Edimburgo y antropóloga social por la Universidad de Chile. Actualmente se desempeña como investigadora postdoctoral en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y en el Departamento de Global Health & Social Medicine de King's College London. Ha trabajado como profesora de antropología en la Pontificia Universidad Católica de Chile y ha participado en equipos interdisciplinarios de investigación en salud pública. Su investigación, desde una aproximación etnográfica y cualitativa, explora la intersección entre prácticas médicas y psiquiátricas, las experiencias vividas del malestar y el poder médico-burocrático. Ha realizado trabajo de campo en Chile sobre salud mental y salud laboral, enfocándose en los procesos subjetivos, institucionales y sociopolíticos en que el daño y el sufrimiento son reconocidos, disputados y negociados.

**Belén Castrillo** es Doctora en Ciencias Sociales y Licenciada en Sociología por la UNLP (Argentina). Es especialista en abordajes socioantropológicos de la salud, género, derechos humanos, violencia de género y formación médica. Cuenta con más de una década de experiencia en investigación, extensión y divulgación pública de la ciencia, centrada en violencia obstétrica, derechos sexuales y reproductivos y metodologías cualitativas. Su trabajo articula enfoques sociológicos y feministas para analizar procesos de medicalización, psicologización y justicia reproductiva. Además, se desempeña como docente en sus áreas de especialización y coordina espacios de formación en metodología cualitativa.

Este libro examina algunas de las problemáticas principales del campo de la salud mental, investigadas y problematizadas desde las perspectivas antropológicas y de las ciencias sociales contemporáneas. La importancia de esta exploración y argumentos es indisoluble con el hecho de que la expresión "salud mental" se ha constituido en los últimos tiempos en parte inherente de nuestras vidas cotidianas. La omnipresencia de este término se corresponde no solo con la apreciación generalizada que afirma la reciente multiplicación y diversificación de las aficciones en salud mental en nuestras sociedades. La conversión de la "salud mental" en un tropo recurrente en los discursos expertos y cotidianos, se vincula también con la rápida escalada de debates y críticas en espacios académicos y públicos acerca de las teorías, políticas, legislaciones, instituciones, intervenciones, eficacias, costos y financiamientos, terapéuticas, explicaciones y narrativas que involucran a este campo de la salud.

Contemplando estos contextos y agendas actuales, este libro cartografía algunos de los más relevantes abordajes antropológicos y de ciencias sociales sobre salud mental en nuestras geografías. En lugar de presentar estas transformaciones en términos históricos lineales, este libro busca reflejar el ensamble y la coexistencia de abordajes antropológicos y de ciencias sociales heterogéneos, de diferente antigüedad y en tensión entre sí, que arrojan luz, expresan y problematizan los problemas persistentes, cambiantes e inéditos de salud mental en nuestras geografías del sur.



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES

**IIGG | GINO**  
**GERMANI**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES



**CLACSO**

Consejo Latinoamericano  
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano  
de Ciências Sociais

ISBN 978-950-29-2082-5



9 789502 192082