

La violencia por razones de género como malestar subjetivo

María de Lourdes Patricia Femat González* • Armando Ortiz Tepale**

RESUMEN

El propósito de este texto es presentar un ensayo académico acerca de la violencia por razones de género considerado como malestar subjetivo en los escenarios sociales actuales¹. El concepto de malestar subjetivo se distingue del de trastorno mental y del de conflicto psíquico, los cuales apelan a irreductibles biológicos y psíquicos del devenir sujeto. En contraste, proponemos orientar nuestras reflexiones hacia la construcción de una mirada mediadora entre los determinantes socioculturales y los procesos subjetivos referentes a las formas de experimentar el malestar. En particular, las diversas manifestaciones de la violencia por razones de género pueden ser consideradas como malestares sociales porque delimitan fenómenos de larga data e históricamente naturalizados.

PALABRAS CLAVE: malestar subjetivo, salud mental, violencia por razones de género.

Gender-based violence as subjective discontent

ABSTRACT

The aim of this text is to present an academic essay on gender-based violence as subjective discontent in current social scenarios. Subjective discontent is distinguished from mental disorder and psychic conflict, both reduce subject to biological and psychological processes. In contrast, our proposal is to guide our reflections to the construction of a mediator view between socio-cultural and subjective processes

¹ Este texto está vinculado con dos proyectos de investigación: 1) “Las familias, relaciones, interacciones y contextos”, actualizado por el Consejo Divisivo de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, en su sesión ordinaria 11.09 de 2009, siendo responsables del mismo la Dra. María de Lourdes Patricia Femat González y el Mtro. Jorge Pérez Alarcón, y colaborador el Mtro. Armando Ortiz Tepale, y 2) “Los procesos de subjetivación del paciente psiquiátrico”, correspondiente al trabajo de tesis doctoral de la autoría del Mtro. Armando Ortiz Tepale, de los estudios de Posgrado en Psicología Social, en su nivel Doctorado, de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.

* Profesora-investigadora del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Correo electrónico: lula.femat@gmail.com

** Profesor-investigador del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Estudiante del Posgrado en Psicología Social, en su nivel Doctorado, de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, Generación 2021-2025. Becario CONAHCYT. Correo electrónico: aortizt@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 15 de junio de 2024.

Fecha de aceptación: 21 de noviembre de 2024.

related to the forms to experiment discontent. In particular, the diversity of gender-based violence expressions can be considered as social discontents because they delimitate long-standing and historically naturalized phenomena.

KEYWORDS: subjective discontent, mental health, gender-based violence.

Introducción

En el estudio, comprensión y explicación teórica y clínica de los trastornos mentales ha cobrado relevancia la integración de las categorías de etnia, raza, lengua y género. Las tres primeras han ayudado a comprender su incidencia en procesos socioculturales tales como la escolarización y el empleo. Sin embargo, consideramos que el concepto de género no ha sido suficientemente discutido en el campo de la salud mental. De hecho, el género no ha sido considerado como una categoría social y teóricamente relevante en este ámbito (Read, [2004] 2006). De acuerdo con Crenshaw (1991), la violencia de género contra la mujer puede comprenderse con profundidad al desvelar la manera en la que el género y la raza conforman en conjunto múltiples experiencias de opresión, es decir, lo que algunas autorías consideran como interseccionalidad.

El sujeto de la salud mental ha sido conceptualizado casi únicamente desde la perspectiva de la masculinidad y desde el esquema heteronormativo. Además, esta perspectiva predominante ha dado por sentado el uso del concepto de enfermedad mental para explicar cualquier tipo de problema biopsicosocial. Esto responde a la tendencia global de medicalizar tanto la mente como los problemas de la vida cotidiana con base en el paradigma biomédico, es decir, la explicación de los trastornos mentales a partir de procesos biológicos del sistema nervioso central, sin tomar en

cuenta las determinaciones sociohistóricas del proceso salud-enfermedad.

Varias autorías (Bentall [2009] 2011; 2003; Boyle, [1990] 1993); Szasz [1961] 1973; Braunstein, [1980] 1982; 2013) han advertido el giro que el paradigma biomédico ha ocasionado en la forma de pensar las enfermedades mentales y actuar en consecuencia: desórdenes del cerebro que pueden ser resueltos mediante el diagnóstico psiquiátrico, el uso excesivo de psicofármacos e intervenciones basadas en esquemas paliativos.

Sin embargo, hay cuestiones problemáticas del día a día que no necesariamente pueden ser conceptualizados como trastornos mentales sino como fenómenos social e históricamente configurados. Es el caso de la violencia por razones de género, esto es, actos perjudiciales contra una persona o un grupo de personas por ser hombre o mujer. En particular, en este texto nos enfocaremos en aquellas acciones que se ejercen hacia la mujer.

Pensamos que el género es un concepto que ayuda en la comprensión del padecer del sujeto porque es una categoría histórica y socialmente conformada (Bourdieu, 2003). Ésta da cuenta de las atribuciones históricamente asignadas a hombres y mujeres a partir de la diferencia anatómica entre los sexos (Bourdieu, 2003; Burin y Meler, [1998] 2010). Los malestares subjetivos de hombres y mujeres responden a esas atribuciones. El objetivo general de este trabajo es discurrir en torno a

la violencia por razones de género como malestar subjetivo en los escenarios sociales actuales.

Por todo lo anterior, planteamos las siguientes interrogantes que orientan la redacción de este trabajo: ¿Qué aporta la construcción social del género en la comprensión de la violencia por razones de género? ¿Qué importancia tiene el conceptualizar la violencia por razones de género como malestar subjetivo en los escenarios sociales actuales? Consideramos que existe una tendencia a pensar las enfermedades mentales como causa y efecto de la violencia por razones de género, sin embargo, las cuestiones sociales no pueden reducirse a explicaciones biomédicas.

En el primer apartado discutimos la diferencia conceptual entre los conceptos de anormalidad y enfermedad, los cuales han gestado discursos y prácticas sociales en la forma de pensar y representar tanto los procesos psicopatológicos como los problemas de la vida cotidiana. En el segundo, analizamos dos paradigmas referentes a la forma de nominar los malestares sociales: la medicalización de la vida y el malestar subjetivo. En el tercero, hacemos una revisión del concepto de género y los problemas socioculturales que desvela las atribuciones históricamente asignadas a mujeres y hombres. Finalmente, con base en lo anterior, presentamos una aproximación conceptual respecto a la violencia por razones de género como malestar subjetivo en los escenarios sociales actuales.

La dominación masculina y la subordinación de lo femenino ha sido un elemento estructural y estructurante del orden social heteronormativo. Ponerlo en cuestión con base en perspectivas sociales ayuda a evitar reduccionismos que dan por sentado la violencia por razones de género o, en

su caso, extrapolando explicaciones de las perspectivas biomédicas a procesos socioculturales.

1. Anormalidad y enfermedad mental

El descubrimiento de los neurolépticos a mediados del siglo XX marcó el comienzo del predominio del paradigma biomédico en el campo de la salud mental. Desde este enfoque, los trastornos mentales suelen ser reducidos a las explicaciones biologicistas con la consecuente medicalización de la mente y la patologización de la vida de los pacientes. Desde esta perspectiva, la enfermedad mental es vista como un proceso biológico causante de anormalidad.

Esta aseveración es controversial porque se plantea que lo único que atiende el campo de la salud mental es la enfermedad del cerebro, causante de la conducta anormal. La tristeza profunda, las alucinaciones, la conducta impulsiva, las ideas delirantes, las autoagresiones, el discurso desorganizado son muestra de la conducta anormal que requiere ser intervenida para ordenarla. El enfermo mental se convierte en un riesgo para otros y para sí mismo. El campo de la salud mental se encarga de gestionar los riesgos sociales que el enfermo mental supone (Castel, [1977] 2009).

Anormalidad, enfermedad y cronicidad son conceptos que dan cuenta del sujeto de la enfermedad mental (Foucault [1954] 2008; [1964] 2010a; [1964] 2010b). Sin embargo, en los manuales de psicopatología es común que dicha anormalidad mental sea descrita como fenómenos generalizados, atemporales y semejantes en cualquier lugar del mundo (American Psychiatric Association, 2014; Bentall [2009] 2011; 2003; Boyle, [1990] 1993). El curso de la enfermedad comienza con la fase prodrómica, continúa con la emergencia del

cuadro y el deterioro psíquico y físico de las personas enfermas. La herencia de los sistemas clasificatorios de Kraepelin (2008) y Bleuler (1993) ofrecieron información precisa acerca de la naturaleza de los cuadros psicopatológicos y, con esto, una idea fija, atemporal, inmutable y permanente de las enfermedades mentales. La duración de los síntomas por más de seis meses y la vida comprometida de las personas son criterios que han permanecido como factores claramente establecidos de la enfermedad mental.

El paradigma biomédico lidia con un cuerpo biológico enfermo. La calidad de persona es irrelevante porque los síntomas son característicos de cada cuadro clínico. El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), por ejemplo, se presenta como una obra atórica, de manera que cada especialista contribuya a la explicación del cuadro clínico desde su experiencia y conocimiento disponible. Cada categoría nosológica es única, preestablecida por convencionalismo disciplinario. Dicho de otra manera, debido a que la enfermedad mental es atórica, entonces, también es ahistórica y aproblemática. La verdad biomédica está dicha y es inmutable.

En contraste, nosotros concordamos con aquellas perspectivas que enfatizan la relevancia teórica de historizar el concepto de trastornos mentales. Esto implica delimitar la génesis social y teórica de la prácticas y discursos que giran en torno a ese término (Bourdieu, [1992] 2008; [2001] 2003; Foucault, [1969] 2007; Certeau, [1975] 2010; [1970] 2012). Se trata de ubicarlos en el marco de las formas predominantes en las que el Estado, la sociedad y las instituciones han afrontado el tema de las enfermedades mentales sin resolverlo: el surgimiento del asilo, la configuración del manicomio y el hospital psiquiátrico como eje de atención en salud mental. Para Michel Foucault,

historizar la locura implicó, a su vez, delimitar al sujeto como una noción hablada y escrita por los detentadores del saber.

En el caso francés, el asilo surge en la Edad de Oro en la emergencia del capitalismo (Foucault, [1964] 2010a; [1964] 2010b). Los locos, los anormales, los pordioseros y las prostitutas eran entidades que ponían en riesgo la vida social establecida. Ellos y ellas afeaban el escenario público (Foucault, {1975} [1999] 2006; {1976} [1997] 2006). El asilo permitió el encierro de las personas anormales. Pronto, el ocio asilar se vio como una pérdida de tiempo, razón por la cual, el tratamiento moral fue el dispositivo disciplinario por excelencia para devolver la razón a los locos. El asilo se mantenía por la filantropía. El ocio reproducía el esquema de improductividad. En consecuencia, había que volver útiles a los locos mediante la rutinización de sus vidas, el trabajo y la restauración de la razón. El dispositivo de inmunización hizo que se detectara a los anormales para evitar el desorden social.

El alienismo emerge en el siglo XIX cuando el asilo se había transformado en el manicomio (Foucault, {1974} [2003] 2007). Un lugar de encierro para personas mentalmente enfermas, donde el alienista era capaz de observar minuciosamente la extravagancia del cuadro de cada una de ellas. El encierro era prescrito por los especialistas de la época y demandado por las personas que tenían a algún familiar mentalmente enfermo. El manicomio implicó una forma de excluir a las personas de los escenarios sociales y supuso un lugar de retiro, aislamiento y cuidados necesarios. Para el médico, esto se tradujo en la oportunidad de observar decenas de personas y establecer similitudes y diferencias de las distintas perturbaciones mentales. Kraepelin (2008) y Bleuler (1993) establecieron las bases de la psicopatología mo-

derna en las paredes del asilo. Se les reconoce su meticulosidad. Se critica la atemporalidad de sus planteamientos.

El asilo y el manicomio basaban su funcionamiento a partir del encierro. El tratamiento moral fue un componente complementario de la intervención alienista. En el siglo XIX, el alienismo gestó perspectivas teóricas para comprender la complejidad de las enfermedades mentales. En particular, los cuadros psicóticos fueron ámbitos de discusión que proveyeron de ideas para explicar e intervenir médicamente. El encierro fue el tratamiento por excelencia para las personas mentalmente enfermas.

Por ejemplo, en México el diseño, la construcción y la puesta en marcha de El Manicomio General “La Castañeda” se fundamentó en el conocimiento más avanzado de la época respecto al tratamiento de las enfermedades mentales. En 1886, La Junta consideró que el encierro de los alienados era necesario para darles un escenario de tranquilidad y de cuidados médicos y, así, restablecer su razón (Rodríguez, 1993). La historiografía ha documentado que La Castañeda rápidamente se convirtió en un lugar de hacinamiento de personas con diferentes tipos de sufrimiento psíquico, enfermedades neurodegenerativas o con secuelas de otro tipo de patologías. El trabajo del alienista en La Castañeda consistió en no en escuchar las condiciones de vida de las personas sino en comprobar las teorías predominantes de la época importadas, principalmente, de Europa. Incluso personas hablantes de otras lenguas diferentes al castellano fueron encerradas debido al desconocimiento de la lengua. Hasta 1969, el manicomio fue el eje de atención en salud mental en México (Ríos, 2016; Ríos y López, 2017; Rivera, 2010; Sacristán, 2005).

En el siglo XX, el descubrimiento de los neurolépticos, el auge de la farmacoterapia, las reformas psiquiátricas y la denuncia a la violencia dirigida al paciente psiquiátrico encauzaron los modelos de atención a la hospitalización breve y a la desmanicomialización. Sin embargo, esto no supuso un cambio radical en la forma de atender y apreciar a los enfermos mentales. Desde mediados del siglo XX, el hospital psiquiátrico se convirtió en el eje de atención en salud mental y en algunos países se ha proscrito la psiquiatría asilar o, al menos, puesta en cuestión (Saraceno, [1995] 2003; [2014] 2018).

No obstante, a partir de entonces, las enfermedades mentales fueron conceptualizadas como trastornos del cerebro. Aunque se reconoce los factores psicológicos, sociales y biológicos en su emergencia, este tipo de trastornos son reducidos a su etiología bioquímica. No pocas veces se ha pensado que, si se descubre un fármaco capaz de disminuir los síntomas, también se descubrirá uno que devuelva al sujeto al ámbito de la razón. Esta descripción es curiosa porque el acento del paradigma biomédico radica en la comprensión de la bioquímica del cerebro, cuya finalidad es devolver al sujeto a un estado de normalidad. La enfermedad mental como un sinónimo de anormalidad social coloca al sujeto en un ámbito difícil de explicar teóricamente: por una parte, el funcionamiento del cerebro se entiende por la supuesta anomalía de la fisiología del cerebro y, por otro, la funcionalidad social es un indicador de normalidad.

¿Qué lugar ocupa el loco, el enfermo mental y el paciente psiquiátrico en este relato? Un lugar invisibilizado y silenciado. Michel de Certeau ([1970] 2012; [1975] 2010) ofrece una aseveración explicativa al revisar la historia de la locura: para el historiador, el yo del loco es otro. El his-

torizador, el filósofo, el alienista, entre otros, escriben y brindan testimonio de la locura, la alienación y la enfermedad mental. En contraste, Daniel Paul Schreber ([1903] 2012) ofreció sus Memorias y una visión mutilada acerca de la paranoia a partir de su experiencia vivida, Sabina Spielrein (2021) superó un proceso psicótico y escribió una tesis acerca del acaecer psíquico, pocas veces citada debido a que ni Jung ni Freud reconocieron su autoría y Laing (1960) brindó una visión de la inseguridad ontológica del paciente y la relevancia de acompañar al sujeto en su viaje por la locura sin enloquecer uno mismo. Yébenes (2014), Read, Mosher y Bentall ([2004] 2006), Geekie y Read ([2009] 2012), entre otros, han señalado la urgencia de escuchar la palabra de las personas con sufrimiento psíquico y tomar en cuenta su testimonio como producción creativa.

El asilo conceptúa la locura como criterio de anormalidad. El manicomio crea dispositivos de observación médica para determinar signos y síntomas de las enfermedades mentales y las clasifica. El hospital psiquiátrico configura sus categorías nosológicas en términos de trastornos o desórdenes mentales, cuya explicación radica en el funcionamiento del cerebro. Estos tres dispositivos han configurado a lo largo de la historia discursos deficitarios y de minusvalía de las personas mentalmente enfermas o trastornadas e incluso de aquellas que experimentan condiciones de profunda vulnerabilidad (Gergen, [1994] 1997).

En el campo de la salud mental, se dice que las enfermedades mentales no respetan género, raza, edad ni condición social. Todas las personas son susceptibles de padecer una enfermedad mental. Sin embargo, este saber puede ser puesto en cuestión desde la perspectiva de la interseccionalidad, esto es, el género, la condición social, la raza, la etnia y la edad permiten avizorar los recursos de

afrontamiento, las redes de apoyo y el ejercicio de derechos que pueden garantizar el acceso a servicios de salud especializados y a comprender los determinantes sociales relativas a la cronicidad de personas con sufrimiento psíquico, es decir, la persona experimenta deterioro psíquico debido a la articulación de las categorías referidas.

En cuanto al género, la historia muestra que el curso de las enfermedades mentales y de las formas del padecer son diferentes en hombres y mujeres como lo muestran Burin y Meler ([1998] 2010). Desde finales del siglo XX, estas autoras discuten el hecho de que cada época crea sus enfermedades mentales y malestares subjetivos. Los sistemas clasificatorios de enfermedades mentales están orientados por esfuerzos intelectuales de precisión y disminución del margen de error. La mirada clínica, basada en un sistema hipotético, establece y confirma el diagnóstico mediante la observación y la escucha minuciosa. Sin embargo, ellas mismas ponen en cuestión la tendencia a nombrar como enfermedad mental todo proceso psíquico conflictivo. La medicalización de la mente ocasiona que hasta los conflictos y los problemas de la vida cotidiana sean explicados a la luz del paradigma biomédico.

En suma, la historicidad de las enfermedades mentales nos muestra la tendencia a reducir estos fenómenos al funcionamiento del cerebro. La historia de las sociedades disciplinarias expone la emergencia de dispositivos de normalidad, los cuales lejos están de devolver la razón al sujeto de la salud mental. El uso de categorías societales ha ayudado a comprender las condiciones de posibilidad de recuperación de las personas mentalmente enfermas. El concepto de género no es tomado en cuenta como categoría que ayude a profundizar en la experiencia vivida de pacientes psiquiátricos, en conjunto con el de etnia, raza, condición

social y edad. Difícilmente se toma en cuenta la palabra del loco como testimonio y cuanto más cuando se trata de la diferencia anatómica entre los sexos. En este ámbito, nos parece importante analizar la diferencia conceptual entre trastornos mentales y malestares subjetivos como parte de los paradigmas predominantes y emergentes en salud mental.

2. Trastorno mental y malestar subjetivo

En el discurso de la vida cotidiana, es común encontrar el concepto de trastorno o enfermedad mental como categoría totalizante que engloba diversos fenómenos del sufrimiento humano, aunque, en su origen, es propio del campo de la psicopatología como ciencia que sustenta el conocimiento práctico de la psiquiatría (Jaspers, [1913] 2004; Álvarez, 2008). Su especificidad consiste en la comprensión de la vida anímica, esto es, los procesos psicológicos, biológicos y sociales implicados en una enfermedad mental dada. Dicho de otra manera, la psicopatología explica las complejidades de un cuadro clínico dado.

Desde el siglo XIX, el concepto de trastorno mental ha penetrado en el pensamiento social y se ha instaurado como categoría explicativa de las dificultades de la vida cotidiana. De hecho, en el campo académico, es común tenerlo como un concepto convencional que apela a los conflictos del ser humano. Ya hemos referido el hecho de explicar mediante conceptos biomédicos los problemas que el sujeto afronta en diversos ámbitos: la familia, el empleo, la escolarización, los procesos de salud-enfermedad, la violencia doméstica, entre otros.

Utilizar el concepto de trastorno mental resulta simplificador y práctico. Sin embargo, dado que

las teorías describen objetos de estudio y prescriben acciones sociales, resulta controversial que los problemas comunes tiendan a ser pensados como enfermedades y, por ende, una receta, un medicamento y un tratamiento puede ayudar a resolverlos.

Por lo anterior, la forma de pensar al sujeto en la lógica de la medicalización de la vida implica reducirlo a una explicación patológica y patogénica, sin tomar en cuenta que éste está determinado por procesos socioculturales (Foucault, 2009). El sujeto llega a ser debido a su inscripción simbólica en el orden de la cultura. Por ende, para superar este impasse que impone la medicalización de la vida, resulta útil retomar el eje sujeto-cultura (Guinsberg, 1996; 2015). El orden social es una categoría necesaria para pensar en las condiciones de posibilidad de la especie humana. Los procesos simbólicos derivados de dicho orden establecen normatividad, el cual brinda sentido al devenir sujeto.

En las sociedades disciplinarias, según Foucault ([1975] 2002), las instituciones fundantes de la sociedad, la familia, la escuela, la iglesia, la cárcel, entre otros, garantizan el mantenimiento del orden social establecido y protegen a la población de elementos extraños tanto internos como externos. Dicho de otra manera, estas instituciones establecen el orden social y defienden a la sociedad de las desviaciones morales. En este sentido, los malestares sociales se derivan de la relación que el sujeto mantiene con el orden social.

En otras palabras, retomamos el planteamiento freudiano que subraya una condición paradójica del eje sujeto-cultura: las mismas instituciones encargadas de proteger al sujeto son, a su vez, causa de los malestares sociales (Freud, [1929] 2006). El orden de cultura limita el despliegue

de los deseos del sujeto y, por ende, encauza la satisfacción de sus necesidades básicas. La prohibición no elimina el deseo de satisfacción de las pulsiones, las dirige a otras metas mediante el síntoma o la sublimación. Estos planteamientos provenientes del pensamiento freudiano enfatizan que el orden social es causa de los malestares sociales. En este sentido, el conflicto psíquico tiene que ver con demandas incompatibles, por ejemplo, los deseos incestuosos. El conflicto puede ser manifiesto o latente, mejor dicho, consciente o inconsciente. El conflicto psíquico inconsciente, es decir, el saber desconocido, suele ser raíz de los malestares del sujeto porque generalmente atentan contra el orden social.

Sin embargo, el énfasis del psicoanálisis en los procesos simbólicos inconscientes difícilmente logra explicar su articulación con los procesos histórico sociales como elementos a tener en cuenta en la producción de conflictos psíquicos (Gaulejac, 2002). En el marco de los convencionalismos sociales y académicos, resulta económico pensar los conflictos psíquicos en términos de lo normal y lo patológico. La historia, el orden social, la experiencia vivida son componentes dados por sentado en la forma de nominar los malestares sociales. En este sentido, podemos señalar dos perspectivas respecto a la forma de significarlos.

A riesgo de ser redundantes, en la actualidad, el concepto de trastorno mental tiende a conceptualizar los avatares de la vida cotidiana desde el punto de vista médico. La salud y la enfermedad como condiciones ideales de lo deseable y lo evitable. Al hacer esta conceptualización, la medicalización de la vida tiende a eliminar el sentido del dolor como parte de la experiencia humana (Han [2020] 2021). Por ejemplo, el uso de psicofármacos ayuda a las personas a regular el estado de

ánimo, pero resulta insulso si no se acompaña de intervenciones que permitan comprender el sufrimiento, el dolor, el padecer, el mal-estar. En las sociedades del cansancio, las disciplinas psi fomentan la *algofobia* o miedo a la experiencia de dolor y ponen en marcha dispositivos paliativos que ayudan a soportar las condiciones de agotamiento. El desencanto y el agotamiento productos de la dialéctica de la positividad conforman experiencias del ser basadas en el individualismo y en la ilusión muy bien fundada del acceso a la felicidad y el bienestar absolutos.

En contraste, el concepto de padecimiento o malestar subjetivo supone poner en cuestión la relación entre orden y conflicto sociales (Carballeda, [2002] 2007; 2013; Faraone, 2013; Kleinman, 2012; [1988] 2020). El ser en el mundo implica la renuncia a la satisfacción pulsional para permitir la vida en lo social. La insatisfacción de las pulsiones encauza al sujeto a vivir la experiencia de dolor y significarla. El sujeto siempre está en falta, como condición de posibilidad para su reinscripción social y simbólica. El malestar subjetivo no es producto de la salud y la enfermedad, sino de las formas de experimentar las vicisitudes de la vida. En este sentido, el malestar subjetivo tiene una doble faz: lo social, es decir, el *mal-estar* del sujeto es producto de los imperativos del orden social, y lo simbólico, las producciones de sentido que el sujeto configura en su relación con las instituciones y consigo mismo.

Kleinman ([1988] 2020) plantea que “*las narrativas del padecer*” es un método de investigación mediante el cual el paciente narra la historia de su enfermedad y la forma en la que ésta afecta su vida. El sujeto que investiga trata de comprender el mundo de la vida a través del punto de vista de la persona considerada como un paciente. Por

ejemplo, un aborto puede ser explicado desde un punto de vista médico, sin embargo, para una mujer este acontecimiento puede ser un punto de inflexión en su vida respecto al matrimonio, los derechos sexuales y reproductivos y la maternidad como imposibilidad. La perspectiva de una mujer lega respecto al aborto está conformada por su saber heredado de un sistema cultural dado y, por ende, difiere de la perspectiva médica alopática. Narrar es una actividad humana que da sentido a la experiencia vivida (Hamui, 2019; 2022; Riessman, 2008).

En los escenarios sociales actuales, la crisis de representación y de legitimidad de las instituciones de la modernidad difícilmente dan sentido al sujeto. Además, esta crisis está caracterizada por lo que algunas autorías denominan como el estallamiento o desbordamiento de las instituciones, en particular, en países que pasaron por procesos profundos de colonización e independencia en la región de América Latina y el Caribe, como es el caso de México (Carballeda, [2002] 2007). Dicho estallamiento se ha materializado en cuestiones problemáticas complejas como la pobreza, la migración forzada, el crimen organizado, la desaparición de personas, la violencia colectiva, la violencia por razones de género, entre otros. Para Carballeda ([2002] 2007), las políticas neoliberales de la época posmoderna han trastocado la vida en términos latos. Sin embargo, el desbordamiento de lo social no puede reducirse a este tipo de políticas (Gergen, [1994] 1997; [1991] 2021; Kvale, [1992] 1999).

En el caso de la violencia por razones de género y, en particular, la violencia contra la mujer, es un malestar social que ha sido constante en los procesos civilizatorios. Aunque desde hace varias décadas este tipo de violencia ha sido denunciada por los movimientos feministas, los gobiernos y

los sectores de la sociedad de diversos países lo dan por sentado y tienden a minimizarlo o a colocarlo en el ámbito de la violencia colectiva.

La violencia por razones de género y la violencia contra la mujer son fenómenos históricamente configurados, pero invisibilizados por la tendencia a pensarlos como procesos de anormalidad y enfermedad mental. La dominación masculina y la subordinación de lo femenino son ámbitos que discutir con la finalidad de colocar la violencia contra la mujer como parte de los malestares sociales y subjetivos actuales. Reducirlos a condiciones biológicas desdibuja las condiciones de posibilidad de pensarla históricamente.

3. El género como construcción sociocultural

La visión de la condición de la mujer y del hombre, de sus funciones políticas, económicas y sociales como constitutivas de la estructura y organización de las relaciones sociales, se fue esbozando principalmente en el campo de la antropología, a través de los estudios culturales realizados en la primera mitad del siglo XX. Marta Lamas (1996) pondera como uno de los trabajos más representativos el realizado por Margaret Mead en 1935 sobre tres sociedades de la isla de Nueva Guinea, a través del cual esta autora reflexiona acerca de las diferencias de comportamiento y de ‘temperamento’ entre hombres y mujeres, llegando a la conclusión de que éstos son “creaciones culturales y que la naturaleza humana es increíblemente maleable” (Lamas, 1996:99).

Por otra parte, Lévi-Strauss (1976:49) expone la determinante influencia de las premisas socioculturales en la conformación de los diferentes grupos sociales. Para este autor, los grupos sociales, particularmente la familia, no están constituidos solamente por los aspectos biológicos de la repro-

ducción y la sobrevivencia, sino que interviene en su constitución la estructura social. No existe ninguna institución o forma de vida social limitada solo al ámbito de lo biológico. De acuerdo a su punto de vista, el primer acto de organización social se establece con la prohibición del incesto, la cual Lévi-Strauss considera como la norma más antigua y acendrada que se observa en los grupos sociales, que establece las proscipciones y prescripciones en cuanto a las relaciones sexuales y, por tanto, a las conformaciones del sistema de alianzas y de parentesco. Este autor propone que la familia se estructura y organiza bajo las funciones sociales asignadas por sexo denominadas “división sexual del trabajo” (Lévi-Strauss, 1976:30), que implica asegurar la existencia de un hombre y una mujer como la mínima unidad económica, así como que las actividades realizadas por uno y por otra queden establecidas como ámbitos masculino y femenino, de dependencia recíproca, complementaria y excluyente (Lévi-Strauss, 1976:33).

Para este autor, la división sexual del trabajo es un ordenamiento social apoyado en consideraciones socioculturales más que biológicas, que prescribe determinadas funciones a cada sexo de manera obligatoria. Esto significa que las funciones asignadas a las mujeres quedan prohibidas para los hombres y viceversa. De esta manera, se instituye un estado recíproco de dependencia entre los sexos, lo cual justifica la posición social que se ha guardado históricamente al orden del género.

Esta perspectiva culturalista permitió hacer énfasis principalmente en tres aspectos. Primero, se afirma que los comportamientos diferenciados entre hombres y mujeres no son producto de la naturaleza sino producto de la cultura, por lo tanto, son construcciones socioculturales que obedecen a su propia organización social. Segundo, existe

una asignación diferencial y jerárquica de los roles de hombre y mujer. Tercero, al ser asignaciones culturales y no dadas por sus características fisiológicas, los hombres y mujeres pueden entrar en conflicto entre las asignaciones sociales masculinas y femeninas y sus deseos individuales.

Si bien estas nuevas propuestas pudieron dar luz sobre la importancia de los aspectos culturales como estructuradores de las sociedades y acerca de los comportamientos diferenciados asignados a hombres y mujeres, no se explica de manera fehaciente lo siguiente: ¿Cómo es que, aun cuando existen diferencias en las prácticas sociales de lo femenino y lo masculino, persiste la constante de la desigualdad y la subordinación política, económica y social de las mujeres hacia los hombres? ¿Por qué las mujeres son víctimas de violencia en un porcentaje mucho mayor que los hombres y se ejerce sobre ellas una particular forma de violencia hacia la mujer?

Al tratar de responder estas preguntas surge en el campo del trabajo teórico-metodológico de las corrientes del feminismo la categoría de género, la cual ha ido adquiriendo diferentes características y definiciones en la medida en que han surgido nuevos desarrollos conceptuales y nuevas prácticas sociales respecto a lo que se ha considerado femenino y masculino.

Como categoría de análisis, el género permite el estudio de los procesos de construcción sociocultural de los comportamientos de hombres y mujeres y, entre ellos, reconoce la variedad de formas de interpretación, simbolización y organización de las diferencias sexuales en las relaciones sociales, visualiza y pone foco en la red de significados que estructuran y dan sentido a las nociones y prácticas sociales de lo masculino y lo femenino, haciendo énfasis en las relaciones de poder.

De acuerdo a Joan Scott (1996), al establecerla como categoría de análisis se logra redimensionar sus alcances en los procesos histórico sociales, su función legitimadora, normativa y relacional: “por tanto el género facilita un modo de decodificar el significado y de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana” (Scott, 1996:294).

A partir de entonces, se han propuesto diversas definiciones sobre esta categoría dentro de las cuales consideramos la de Joan Scott como la que mejor refleja la problemática que encierra en el campo de las relaciones sociales. La definición de género que propone esta autora consta de dos partes y cuatro dimensiones que es preciso considerar en conjunto “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos y [...] es una forma primaria de relaciones simbólicas de poder” (Scott, 2008: 65). Ella distingue cuatro elementos o dimensiones donde se expresa el género:

1) los símbolos disponibles que evocan múltiples (y a menudo contradictorias) representaciones, 2) los conceptos normativos que avanzan interpretaciones sobre los significados de los símbolos que intentan limitar y contener las posibilidades metafóricas de los mismos, 3) este tipo de análisis debe incluir una idea de la política y una referencia a las instituciones sociales y a las organizaciones y 4) la identidad subjetiva (Scott, 2008:66-67).

Y agrega la consideración del género como una forma primaria de relaciones significativas de poder: “el género es un campo primario dentro del cual, o por medio del cual se articula el poder.” (Scott, 2008:68).

Por otra parte, los sujetos hombres y mujeres construimos nuestra identidad de género a través de estereotipos o modelos de comportamiento que son introyectados mediante procesos de identificación, que estructuran y dan sentido a las nociones y prácticas sociales de lo masculino y lo femenino, producto de procesos sociohistóricos insertos en matrices culturales, que obedecen a una organización social particular y que asignan comportamientos diferenciados en función de su lugar en las relaciones sociales, promovidos por las instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas, convirtiéndose en “estatus instituidos que se vuelven identidades psicológicas para cada persona” (Lamas, 1996:100).

La condición diferenciada de hombres y mujeres asigna a la mujer una posición de subordinación desde la cual construye su identidad de género. Para Marcela Lagarde (2008) existen principalmente dos elementos que atraviesan la identidad de género de la mujer. Por una parte, la condición genérica, esto es, las asignaciones socioculturales históricas que incluyen las creencias, los mitos, los estereotipos y las funciones sociales asignadas a la mujer históricamente y, por otra, las experiencias singulares de cada mujer, que la autora describe como situación vital, entendida como “el conjunto de características que tienen a partir de su condición genérica, en circunstancias históricas específicas. La situación vital expresa la existencia de las mujeres particulares en sus condiciones concretas de vida” (Lagarde, 2008:34).

Para Marcela Lagarde (2008:34) la construcción de la identidad femenina tiene que ver con las condiciones específicas, materiales y simbólicas en las que cada mujer lleva a cabo su experiencia particular:

A cada mujer la constituye la formación social en que nace, vive y muere, las relaciones de producción-reproducción y con ello la clase, el grupo de clase, el tipo de trabajo o de actividad vital, las instituciones en que se desenvuelve, el grupo de edad, las relaciones con las otras mujeres, con los hombres y con el poder, la sexualidad procreadora y erótica, así como las preferencias eróticas, las costumbres, las tradiciones propias, y la subjetividad personal, los niveles de vida, el acceso a los bienes materiales y simbólicos, la lengua, la religión, los conocimientos, el manejo técnico del mundo, la sabiduría, las definiciones políticas, todo ello a lo largo del ciclo de vida de cada mujer.

En suma, la condición genérica y las experiencias singulares entran en juego en el proceso de construcción de la identidad de género de cada mujer. Sus condiciones sociohistóricas y vitales connotadas por la desigualdad de género propician la violencia por razones de género. La diferencia se convierte en desigualdad y, esa desigualdad, en sometimiento.

5. Violencia de género

La Organización de las Naciones Unidas (ONU-MUJERES, 2024) define la violencia por razones de género como los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género. Tiene su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas. El término se utiliza principalmente para subrayar el hecho de que las diferencias estructurales de poder basadas en el género colocan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia. Si bien las mujeres y niñas sufren violencia de género de manera desproporcionada, los hombres y los niños también

pueden ser blanco de ella. En ocasiones se emplea este término para describir la violencia dirigida contra las poblaciones LGBTQI+, al referirse a la violencia relacionada con las normas de masculinidad/feminidad o a las normas de género.

La violencia por razones de género constituye uno de los comportamientos más comunes en el campo de la violencia. Su manifestación más frecuente se encuentra en la violencia que se ejerce contra la mujer. Ésta es una forma de abuso donde las pautas de interacción dominantes se sustentan en un conjunto de actitudes y comportamientos recurrentes, intencionales, de intensidad creciente, dirigidas a dominar, someter y controlar mediante el uso de la violencia física, verbal, psicoemocional o sexual a la mujer, y en la cual una de las partes, en su gran mayoría el varón, por acción u omisión, ocasiona daño físico y/o psicológico a la otra.

Comprender que la violencia contra la mujer corresponde a la violencia por razones de género, como lo destaca Roberto Castro (2004), ha significado un gran paso en la comprensión de esta problemática, pues se rompe con el tabú de la intimidad del ámbito familiar que la hacía ver como algo que sólo competía a los individuos involucrados, al mismo tiempo que da cabida a la consideración de la importancia de las premisas socioculturales y la estructura social en la que tiene lugar.

La violencia por razones de género es una construcción social multidimensional que involucra al sistema de creencias, mitos, valores, imaginarios y representaciones sociales que estructuran y orientan las diferentes formas en que se expresa. Estas construcciones socioculturales moldean formas de relación estereotipadas de género y los

estilos de vida que las apoyan. Los estereotipos de género son construcciones sociales que integran un conjunto de creencias existentes sobre las características que se consideran apropiadas para hombres y para mujeres y se construyen a partir de la diferencia biológica de los sexos (Bleichmar, [1985] 1997).

A la mujer se le ha normativizado positivamente comportamientos que se consideran dentro de una baja estimación social como la sumisión, la pasividad y la dependencia emocional. Como menciona Marcela Lagarde (2005) la identidad genérica de la mujer: “se concreta en la relación específica (...) con el poder, y se caracteriza por la privación de la libertad, por la opresión” (Lagarde, 2005:36). Estas diferentes prescripciones sustentadas en relaciones de poder se han normativizado a tal grado que se consideran parte integral de las relaciones sociales y establecen para hombres y mujeres “los principios de la división dominante que les lleva a considerar normal, o incluso natural, el orden social tal cual es y a anticipar de algún modo su destino” (Bourdieu, 2003:118).

El ejercicio de la violencia por razones de género no se debe asumir como separado del contexto de la violencia social, como menciona Rita Segato (2018:14):

(...) es imposible hoy abordar el problema de la violencia de género y la letalidad en aumento de las mujeres como si fuera un tema separado de la situación de intemperie de la vida, con la suspensión de las normativas que dan previsibilidad y amparo a las gentes dentro de una gramática compartida.

El estudio de la violencia por razones de género y, en particular, la violencia contra las mujeres

debe mirarse desde un ámbito social e histórico amplio. Las desapariciones de mujeres, la trata, la esclavitud contemporánea, la violencia sexual, el acoso sexual, los feminicidios, entre otros, deben contextualizarse en escenarios sociales estructurantes de violencia colectiva. Estos fenómenos no son aislados, sino procesos sociales naturalizados. Suceden porque se puede hacer con alta probabilidad de evasión de la justicia y el desinterés o temor de la sociedad y sus instituciones de afrontar este tipo de problemas. Como ha señalado Segato (2016), la desaparición y asesinato de mujeres de Ciudad Juárez, México, es una muestra y sin resolver de la violencia desbordada.

Reflexiones finales

Haber comenzado este ensayo académico con cuestiones relativas a la salud mental responde a distinguir la especificidad de un ámbito especializado en la intervención de los trastornos mentales. La psicopatología es la ciencia que fundamenta el trabajo clínico de la psiquiatría. El campo de la salud mental es un complejo de disciplinas orientadas a la rehabilitación del paciente psiquiátrico. Sin embargo, las producciones de sentido respecto a la forma de pensar los trastornos mentales han sido extrapolados para explicar las vicisitudes y problemas de la vida cotidiana. Lo que algunas autorías llaman la medicalización de la vida tiene efectos en la forma de entender los procesos sociales. El discurso del déficit y de vulnerabilidad reproduce el sentido de que hay personas cuya esencia es de minusvalía en el mundo social.

En contraste, el sentido del concepto de malestar subjetivo está orientado a reconocer los factores histórico sociales en las formas de experimentar el dolor y el sufrimiento. No se trata de hacer una apología del dolor, sino enfatizar que esta

experiencia forma parte del devenir sujeto y en la actualidad existe una tendencia a desdibujarla o eliminarla como parte sustantiva de la experiencia humana. En las sociedades del cansancio (Han [2010] 2021; [2020] 2021) y la saturación de información del sujeto (Gergen, [1991] 2021), la eliminación de la experiencia del malestar ocasiona que el sujeto dé por sentado el estallamiento o desbordamiento de lo social. A la violencia hacia la mujer como elemento estructurante del orden social, de la violencia colectiva y de la dominación masculina, se suma la naturalización de este tipo de malestar subjetivo. La violencia hacia la mujer se vuelve una cuestión común, un destino fatal. La naturalización de la violencia por razones de género impide otear que se trata de procesos sociohistóricos de larga data, como se ha argumentado en este trabajo, mientras que las categorías de la psicopatología han sido extrapoladas para explicar problemas sociales y, con ello,

se naturaliza dicha violencia mediante el uso de categorías atemporales y aproblemáticas.

La sobresimplificación de la violencia por razones de género a cuestiones de salud mental contribuye a la vulneración de las personas que históricamente han sido dominadas por el sistema patriarcal. En su desbordamiento, las diversas formas de violencia hacia la mujer son acontecimientos que deben ser historizados y pensados desde una lectura plural. El Estado, la sociedad y sus instituciones son causa de los malestares sociales y, por ende, también pueden ser ámbitos que analizar en su participación de la reproducción de la violencia colectiva. La violencia contra las mujeres es un malestar subjetivo que debe ser pensado de otra manera, como un emergente social de los problemas profundos que se vive en lo cotidiano en países como México.

Referencias bibliográficas

- ÁLVAREZ, J.M. (2008). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- BENTALL, R. ([2009] 2011). *Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder.
- BENTALL, R. (2003). *Madness Explained: Psychosis and Human Nature*. London: Penguin.
- BLEICHMAR, E. D. ([1985] 1997). *El feminismo espontáneo de la histeria. Estudio de trastornos narcisistas de la feminidad*. México: Fontamara.
- BLEULER, E. (1993). *Demencia precoz*. Buenos Aires: Hormé.
- BOURDIEU, P. ([1992] 2008). “La práctica de la sociología reflexiva”. En Bourdieu, P. y Wacquant, L., *Una Invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI, 267-317.
- BOURDIEU, P. ([2001] 2003). *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Anagrama.
- BOURDIEU, P. (2003). *La Dominación Masculina*. Anagrama: Barcelona.
- BOYLE, M. ([1990] 1993). *Schizophrenia. A Scientific Delusion?* London: Routledge.
- BRAUNSTEIN, N. ([1980] 1982). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México:

- Siglo Veintiuno.
- BRAUNSTEIN, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. México: Siglo Veintiuno.
- BURIN, M. y MELER, I. ([1998] 2010). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- CARBALLEDA, A.J.M. ([2002] 2007). *La intervención en lo social. Exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- CARBALLEDA, A.J.M. (2013). *La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica*. Buenos Aires: Espacio.
- CASTEL, R. ([1977] 2009). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- CASTRO, R. (2004). *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. México: CRIM-UNAM.
- CERTEAU, M. DE ([1970] 2012). *La posesión de Loudun*. México: Universidad Iberoamericana.
- CERTEAU, M. DE ([1975] 2010). *La escritura de la historia*. México: Universidad Iberoamericana.
- CRENSHAW, K. (1991). "Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color", *Standford Law Review*, Vol. 43, Núm. 6, 1241-1299.
- FARAONE, S. (2013). "Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones", *Salud Mental y Comunidad-UNLa*, vol. 3, núm. 3, 29-40.
- FOUCAULT, M. ([1954] 2008). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- FOUCAULT, M. ([1964] 2010a). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. ([1964] 2010b). *Historia de la locura en la época clásica II*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. ([1969] 2007). *La arqueología de saber*. México: Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. ([1975] 2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- FOUCAULT, M. ({1974} [2003] 2007). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. ({1975} [1999] 2006). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. ({1976} [1997] 2006). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. (2009). *La hermenéutica del sujeto. Curso en el Collège de France (1981-1982)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FREUD, S. ([1929] 2006). "El malestar en la cultura". En *El porvenir de una ilusión y El malestar en la cultura y otras obras (1927-1931)*, *Obras completas, Volumen XXI*. Buenos Aires: Amorrortu, 57-140.
- GAULEJAC, V. DE (2002). "Lo irreductible social y lo irreductible psíquico". *Perfiles latinoamericanos: revista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales*, Sede México, 10(21), 49-71.
- GEEKIE, J. y READ, J. ([2009] 2012). *El sentido de la locura. La exploración del significado de la esquizofrenia*. Barcelona: Herder.
- GERGEN, K. J. ([1991] 2021). *The Saturated Self. Dilemmas of Identity in Contemporary Life*. New York: Basic Books.
- GERGEN, K. J. ([1994] 1997). *Realities and Relationships. Soundings in Social Construction*. Massachusetts: Cambridge University Press.
- GUINSBERG, E. (1996). *Normalidad, conflicto psíquico, control social. Sociedad, salud y enfermedad mental*. México: Plaza y Valdés y UAM Xochimilco.
- GUINSBERG, E. (2015). "Introducción a las nociones de "salud" y "enfermedad mental"". En *El su-*

- jeto y el campo de la salud mental*. México: UAM Xochimilco, 17-49.
- HAMUI, L. (Coord.) (2022). *Interacciones y narrativas en la clínica. Más allá del cerebro*. México: UNAM.
- HAMUI, L. et al. (2019). *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*. México: UNAM y Manual Moderno.
- HAN, B. CH. ([2010] 2021). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- HAN, B. CH. ([2020] 2021). *La sociedad paliativa*. Barcelona: Herder.
- JASPERS, K. ([1913] 2004). *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica.
- KLEINMAN, A. ([1988] 2020). *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and The Human Condition*. New York: Basic Books.
- KLEINMAN, A. (2012). "Culture, Bereavement, and Psychiatry", *The Lancet*, 379 (9816), 608-609.
- KRAEPELIN, E. (2008). *La demencia precoz*. Buenos Aires: Polemos.
- KVALE, S. ([1992] 1999). "Postmodern Psychology: A Contradiction in Terms?" In Kvale, S. (Ed.), *Psychology and Postmodernism*. London: Sage Publications Ltd., 31-57.
- LAGARDE, M. (2005). *Los Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.
- LAGARDE, M. (2008). "Identidad Femenina". En García, J.R. (Comp.), *Compilación sobre género y violencia*. México: Instituto Aguascalentense de las Mujeres, 31-40.
- LAING, R. D. (1960). *The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness*. London: Tavistock Publications.
- LAMAS, M. (1996). "La antropología feminista y la categoría de "género"". En Lamas, M. (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM y Miguel Ángel Porrúa, 97-125.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1976). "La familia". En *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*. Barcelona: Anagrama, 7-49.
- ONUMUJERES (2024). Preguntas frecuentes: tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. Consultado en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence#:~:text=La%20violencia%20de%20g%C3%A9nero%20se,la%20existencia%20de%20normas%20da%C3%Blinas>
- READ, J. ([2004] 2006). "Pobreza, etnicidad y género". En Read, J.; Mosher, L. R. y Bentall, R. P. (Eds.), *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 197-236.
- READ, J., MOSHER, L.R. y BENTALL, R.P. ([2004] 2006). "La esquizofrenia no es una enfermedad". En Read, J.; Mosher, L. R. y Bentall, R. P. (Eds.), *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 3-9.
- RIESSMAN, C. K. (2008). *Narrative Methods for The Human Sciences*. London: Sage Publications, Inc.
- RÍOS, A. (2016). *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*. México: Siglo XXI.
- RÍOS, A. y LÓPEZ, X. (2017). "Introducción". En Ríos, A. (Coord.) *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*. México: UNAM e Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 11-40.
- RIVERA, C. (2010). *La Castañeda: narrativas de pacientes desde el Manicomio General de México, 1910-1930*. México: Tusquets.
- RODRÍGUEZ, C. (1993). "Del espacio mental al espacio físico. Justificación de la construcción de "La Castañeda"". En Araujo, G.; Izquierdo, A. y Villamil, R. R. (Coords.), *Tramas. Subjetividad y procesos sociales*. México: UAM Xochimilco, 25-38.
- SACRISTÁN, C. (2005). "Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna". *Frenia*, Vol. V, Núm. 1, 9-33.

- SARACENO, B. ([1995] 2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Pax.
- SARACENO, B. ([2014] 2018). *Discurso global, sufrimientos locales. Análisis crítico del movimiento por la salud mental global*. Barcelona: Herder.
- SCHREBER, D.P. ([1903] 2012). *Memorias de un enfermo de nervios*. Barcelona: Sexto Piso.
- SCOTT, J. W. (1996). “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. En Lamas, M. (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM y Miguel Ángel Porrúa, 265-302.
- SCOTT, J. W. (2008). *Género e historia*. FCE-UACM. México.
- SEGATO, R.L. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de sueños.
- SEGATO, R.L. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- SPIELREIN, S. (2021). *La destrucción como origen del devenir*. México: UNAM.
- SZASZ, T. ([1961] 1973). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- YÉBENES, Z. (2014). *Los espíritus y sus mundos. Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo*. México: Universidad Autónoma Metropolitana y Gedisa.