Disidencias [y resistencias] de género. Una aproximación interseccional a la patologización de la diferencia

Miguel Salas Soneira*
Asun Pié Balaguer**
M. Carmen Morán de Castro***

Resumen

En el presente texto se revisan algunos organizadores sociales vinculados al sistema sexo-género-deseo, a partir de los que el poder, el saber y el cuerpo social se apoyan en las sociedades occidentales para construir la figura del enfermo/a mental. El análisis toma como referencia un informe clínico a través del que se ilustra la intrincada trama de elementos relacionados con la sexualidad y los estándares de género que se ponen en juego de cara a la enunciación diagnóstica. Desde ahí, los relatos biográficos de tres personas catalogadas de esquizofrenia permiten dibujar un mapa de coordenadas en que la violencia heteropatriarcal y la patologización de la diferencia se encuentran y refuerzan mutuamente. El impacto subjetivo de estas múltiples formas de violencia plantea la necesidad de una comprensión compleja e interseccional del sufrimiento psíquico, que ponga en el centro las estrategias de resistencia articuladas por los sujetos de la aflicción frente a la mirada taxonómica y punitiva del régimen de la normalidad.

Palabras clave

Sexo, género, deseo, locura, interseccionalidad, educación

Recepción original: 22 de junio de 2020
Aceptación: 28 de octubre de 2020
Publicación: 1 de junio de 2021

La construcción de la enfermedad mental y las subjetividades anormales

Michel Foucault (2005) destacó que el individuo no es más que el resultado de los procedimientos y mecanismos que fijan el poder político al cuerpo y, debido a que éste es psiquiatrizado, pedagogizado, normalizado, etc., resulta posible emitir discursos y tratar de fundar ciencias.

En su extensa obra analiza los sometimientos, sujeciones y obligaciones que tienen lugar y funcionan dentro del cuerpo social, afirmando que las estructuras polimorfas de

(*) Doctor en Ciencias de la Educación por la Universidad de Barcelona (UB) y Educador Social por la Universidad de Santiago de Compostela (USC). Es profesor colaborador 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. Este artículo tiene su origen en la tesis doctoral *Acción socio-educativa y locura: tramas, narrativas y experiencias en el ámbito de la salud mental en Galicia* (2017), dirigida por las profesoras Asun Pié y M. Carmen Morán, que se presentó en la Facultad de Educación de la Universidad de Barcelona (2017), siendo distinguida con el Premio Extraordinario de Doctorado. Dirección electrónica: msalasson@uoc.edu

(**) Doctora en Pedagogía por la Universidad de Barcelona y educadora social. Actualmente es profesora en los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Su trayectoria de investigación se centra en los estudios de la discapacidad (*Disability Studies*), particularmente en las formas de participación y activismo en el marco de las políticas de la dependencia. Dirección electrónica: apieb@uoc.edu

(***) Doctora en Pedagogía, licenciada en Pedagogía, licenciada en Psicología y Maestra por la Universidad de Santiago de Compostela. Profesora del Departamento de Pedagogía y Didáctica en la misma universidad. Su trayectoria investigadora se enmarca en las líneas: inclusión educativa (estrategias y prácticas de inclusión), tiempos educativos y sociales (tiempos escolares), educación social y políticas de bienestar social (servicios sociales), educación ambiental (educación y cambio climático). Dirección electrónica: carmen.moran@usc.es

10.1344/TE2021.60.15
Creative Commons 3.0 Reconeixement no comercial

Temps d'Educació, 60, p. 301-317 (2021) Universitat de Barcelona

saber-poder que rigen las prácticas y pensamientos contemporáneos, son el producto de configuraciones históricas, precarias y siempre en proceso de cambio. Aún a pesar de cierto determinismo social y cultural en la concepción del individuo, la crítica y la resistencia son posibles; señala Foucault (1978) al respecto que es en los saberes locales descalificados y sometidos, en aquellos que no se ajustan a los patrones normativos, donde históricamente ha podido operar la crítica. Admitiendo dicha posibilidad, el autor establece la célebre máxima según la cual allí donde hay poder, hay también resistencia.

Por otro lado, y en lo que a las enfermedades mentales se refiere, Foucault (1979) sostiene que no tienen realidad ni valor más que en una cultura que las reconoce como tales. En este sentido sus investigaciones sugieren toda una serie de instancias de control y vigilancia, de discursos, instituciones y reglas que, articuladas en un dispositivo múltiple de poder-saber médico-jurídico, contribuyen a producir tanto al sujeto de la modernidad, como al «enfermo mental». Desde esta perspectiva, lo patológico no es tan sólo una simple desviación respecto del tipo cultural, sino que es uno de los elementos y una de las manifestaciones del mismo. La figura contemporánea del enfermo/a mental no representa ni mucho menos la verdad por fin descubierta del fenómeno de la locura, sino más bien su avatar propiamente capitalista (Foucault, 2010a). Por medio de tal perfil patológico se habría instaurado desde finales de la época del gran encierro, la moderna forma de hospitalización por razones no físicas que va a perseguir, entre otros objetivos, no ya curar aquello que en sentido estricto no tiene cura, sino resituar en el ciclo del paro y del trabajo, a quienes se espera que sólo de una manera transitoria no puedan trabajar (Foucault, 2010a; López Petit, 2014; Han, 2012).

Avanzado el siglo XIX se opera un cambio clave en la disciplina que llega a nuestros días y mediante el cual la psiquiatría abandona las referencias a la verdad, la alienación e incluso a la enfermedad, para centrarse en el comportamiento y en sus desviaciones respecto de un patrón normativo (Foucault, 2001). Desde entonces y como rama de la ciencia médica, definirá no ya lo sano o lo patológico en el terreno de la salud mental, sino que se encargará de establecer, fundamentalmente, lo que es normal y lo que no.

En otras palabras, para conservar su estatus de saber médico conquistado en el período alienista y aplicar los efectos de poder que ese saber le había conferido, la psiquiatría se encontró en la necesidad de proyectarse y actuar en un dominio enormemente extendido que ya no tiene la consideración única o principalmente de enfermedad, sino más bien de anomalía. Desviaciones, aberraciones, excentricidades, monstruosidades, deficiencias, perversiones y un largo etcétera, se analizan desde entonces, interpretan, definen, controlan y psiquiatrizan desde criterios normativos.

Sexualidad y psiquiatrización. Hacia una perspectiva interseccional

La sexualidad es también para Foucault una categoría construida a partir de la experiencia cuyos orígenes son históricos, sociales y culturales más que biológicos. Esto no significa que en el análisis de su formación se desestime la dimensión biológica, sino que se da prioridad al papel fundamental desempeñado por las instituciones y los discursos, en su formación (Spargo, 2007).

Coincidiendo con las transformaciones ya mencionadas en el terreno de la psiquiatría, a finales del siglo XIX se produce un cambio fundamental estrechamente relacionado con la multiplicación de los discursos científicos sobre el sexo. Es entonces cuando comienzan a criminalizarse y patologizarse las conductas que se desplazan de la norma de

desarrollo definida en ese momento. Tal patrón normativo será tomado como referencia para indicar el deber ser desde la infancia hasta la vejez. Así pues, cualquier comportamiento, gesto o actitud desviados serán el foco de atención de innumerables controles pedagógicos y curas médicas, cuyas intervenciones situarán en los márgenes de la norma a lo considerado monstruoso.

Todo lo que puede ser considerado patológico, deficitario o desviado en el comportamiento o el cuerpo va a proceder desde ese momento de una noción concreta: la idea de estado. Se caracteriza por una especie de déficit general en las instancias de coordinación del individuo, por la perturbación general en el juego de las excitaciones y las inhibiciones (la liberación discontinua e imprevisible de lo que debería inhibirse, integrarse y controlarse), así como por la ausencia de unidad dinámica (Foucault, 2001). Es precisamente a partir de esta noción que la psiquiatría amplía enormemente su ámbito de actuación, animándose con todo un pueblo completamente nuevo para ella. Una larga dinastía de sujetos surge entonces en el contexto de la clínica: enfermos incendiarios, cleptómanos, agorafóbicos y claustrofóbicos, masoquistas, feministas, homosexuales, hermafroditas, enfermos mentales, etc., formarán parte del catálogo de anormales que la psiquiatría va a tomar a su cargo.

A pesar de ciertos avances en las últimas décadas en la lucha por el reconocimiento de los derechos de las llamadas minorías sexuales en el estado español, hemos querido apuntar hasta aquí las raíces clínicas comunes a la construcción de diversas subjetividades consideradas anormales, patológicas y/o discapaces, así como su vinculación con la sexualidad. La razón fundamental radica en que tanto la historia de la represión de esta última como la historia de la regulación de las capacidades consideradas normales, sanas o cuerdas, coinciden y se refuerzan recíprocamente (Guzmán y Platero, 2012).

Método

Se ha realizado una investigación cualitativa de orientación dialógica o comunicativa, considerada totalmente pertinente a la hora de indagar sobre la exclusión social desde un enfoque transformador (Gómez, Latorre, Sánchez y Flecha, 2006), en este caso, con población diagnosticada de esquizofrenia. Esta opción entronca con el método etnográfico en la búsqueda interpretativa y comprehensiva de la multiplicidad de condicionantes –sociales, culturales, psico-biológicos, etc.–, a partir de la que las personas se construyen y construyen sus complejas realidades de salud-enfermedad (Geertz, 2006; Martínez, 2011; Correa-Urquiza, 2010; Veiga, 2011; Celigueta y Solé, 2013).

El estudio complementa la cultura sanitaria y asistencial actual en Galicia, con el objetivo de integrar las propuestas y valores educativos en la promoción de la salud, en el respeto a la diferencia y en el reconocimiento de las complejas realidades que viven las personas y familias afectadas por la cuestión del sufrimiento psíquico.

Para la demarcación del problema de investigación, se ha tenido en cuenta, fundamentalmente, el mundo local de las interconexiones psico-socio-educativas que en el ámbito de referencia forman parte del terreno de la salud mental. Por ello se han privilegiado los contextos de la vida cotidiana de las personas con diagnóstico psiquiátrico y sus entornos inmediatos –redes familiares, de amistades, laborales, profesionales, asistenciales etc.–, donde se experimentan, construyen, cuestionan, etc., las categorías y significados que giran alrededor del fenómeno de la locura –salud y enfermedad mental, sufrimiento social, normalidad-anormalidad, estigma...– de una forma interactiva.

Esta diversidad requiere de investigaciones respetuosas y comprometidas con las personas implicadas en ámbitos plurales y diversos (Tójar, 2013). En este sentido se ha contactado directamente con las personas informantes pactando con las mismas las entrevistas y sus condiciones. Estas han firmado un consentimiento informado para la realización del estudio que incluía un apartado específico de cesión de datos personales, a fin de hacer uso de los historiales clínicos cedidos.

El trabajo de campo se ha desarrollado entre septiembre de 2013 y mayo de 2014. Las técnicas de recogida y producción de información utilizadas han sido las historias de vida (6) y los grupos de discusión (2). Además, de forma subsidiaria, se han analizado los historiales clínicos facilitados por las personas participantes en la investigación.

En el presente trabajo se exponen los resultados de tres de las historias de vida, circunscribiendo la descripción metodológica a esta técnica. Las personas con diagnóstico psiquiátrico suelen ser paradójicamente excluidas de los procesos de investigación en el ámbito de la salud mental (Geekie y Read, 2012); en este caso se parte de su consideración como expertas desde la experiencia, con valiosas e imprescindibles contribuciones en la producción de conocimiento socioeducativo. Por tanto, más allá de la mera recolección de datos, nos hemos situado en una producción conjunta de información con una base interactiva (Tójar, 2013).

En la selección de las personas que colaboraron con sus relatos en la investigación se tomaron como referencia los criterios de diferencialidad y variación expresados por Bertaux (2005).

En relación con el primero, el estatus o categoría social compartida entre los participantes es el diagnóstico de esquizofrenia paranoide. No obstante, el hecho de haber recibido un mismo diagnóstico no implica que las personas interpreten y valoren de igual modo las situaciones de sufrimiento mental, sus causas y consecuencias, etc., lo que remite al segundo de los criterios de selección seguidos.

Con el segundo criterio, variación, se atendió a la conjugación y búsqueda de diversidad en los siguientes perfiles: edad, lugar de residencia, nivel de estudios, estatus socioeconómico, variedad de referentes a nivel familiar, distinta condición de género y sexualidad, ser o no usuarios de los servicios de la red pública de salud mental, así como si se medicaban o, por el contrario, gestionaban el malestar psíquico sin el recurso a los fármacos.

En la tabla 1 se muestra las características generales de las personas participantes utilizando nombres ficticios para su denominación.

Tabla 1. Características de las persones participantes

Relato	*Sexo*	*Edad*	*Lugar de residencia*	*Estudios*	*Referencias Familiares*	*Usa SSMM**	*Diagnóstico*	*Se medica*
Xián	H	53	Piso protegido	Secundarios	Madre, padre, hermana y hermano	sí	Borderline, esquizofrenia paranoide, esquizofrenia residual	sí
Iria	M	41	Vivienda familiar	Secundarios	Madre, padre, 2 hermanas	sí	Esquizofrenia paranoide, trastorno bipolar tipo I	sí
Sabela	T	43	Piso particular	Primarios	Madre	sí	Esquizofrenia paranoide, trastorno bipolar, disforia de género	sí
Uxía	M	40	Piso particular	Superiores	Madre, padre, 2 hermanas	no	Esquizofrenia paranoide, trastorno esquizoafectivo	no
Lois	H	37	Hospital Psiquiátrico	Primarios	Madre, 14 hermanas	sí	Esquizofrenia paranoide, cleptomanía, crisis comiciales	sí
Roi	H	40	Piso compartido	Medios	Madre y padre	no	Esquizofrenia paranoide	no

Fuente: Elaboración propia

(*) SSMM: Sistema Público de Salud Mental

En todos los casos el lugar de encuentro fue escogido por la persona entrevistada. Cada una de las entrevistas se inició con una introducción abierta, recordando la explicación previamente facilitada en la fase de contacto en relación a la investigación, que diese paso al relato. Estos fueron registrados en audio –cuya duración oscila entre la hora y media y las dos horas y veinte minutos–, procediéndose de manera casi inmediata a su transcripción.

Para proceder al análisis se hizo uso del programa informático ATLAS.ti (versión 7), como herramienta de gestión de datos cualitativos. En la etapa previa a la codificación, se examinaron las distintas unidades básicas por separado con el objetivo de identificar los ejes temáticos generales que ayudarían a clasificar el contenido.

Resultados y discusión

La discusión de los resultados aborda la información desde una perspectiva interseccional que nos permite constatar descripciones densas y complejas de las situaciones vividas por los/las informantes. En este sentido Tariq y Syed señalan como la «Intersectionality theory examines how gender, ethnicity, religion, and other dimensions of identity are interconnected with one another and cannot be differentiated» (2017, p. 511). El capacitismo, homofobia y transfobia interconectados producen un tipo de discriminación específico que no puede reducirse a su simple suma. La aproximación interseccional nos permite conocer las distintas experiencias sin incurrir en reduccionismos o comprensiones estándar según ejes de discriminación. El objetivo es situar las experiencias resultantes de estos cruces e intersecciones de categorías en las biografías estudiadas. Los resultados obtenidos de los relatos de vida de Xián, Sabela e Iria, muestran como entran en juego toda una serie de organizadores sociales que determinan tanto los diagnósticos

como las causas sociales que mantienen y producen sus sufrimientos. La centralidad de estos organizadores sociales en el campo de la diversidad sexual opera de modo velado en la semántica biomédica, tomando forma de síntoma en un entramado dispositivo de control social. En síntesis, en lo que sigue mostraremos como los relatos de vida de los informantes alumbran las maniobras de control y sujeción de sus cuerpos, así como también sus resistencias al mandato de género.

La sexualidad anormal y el asedio diagnóstico

El análisis de la información permite observar de qué modo la mirada clínica rastrea las trazas del deseo, la identidad de género o la sexualidad de esta persona, para encaminar un diagnóstico que servirá de justificación a su ingreso en una institución por más de veinte años.

Por su relevancia, el documento que se analiza a continuación se incorpora prácticamente en su totalidad. Se trata del primer informe de que se compone la historia clínica de Xián, datado tan sólo once días después de su ingreso en una institución psiquiátrica, en mayo de 1989.

Su internamiento se había producido por orden judicial, subrayando el valor de este informe como la primera comunicación registrada entre el equipo clínico a cargo del nuevo paciente y el juzgado de instrucción responsable del dictamen de ingreso. Más allá de su contenido, la comunicación simboliza un cruce de intereses, un relevo de funciones y competencias y un apoyo recíproco entre poderes. De este modo, desde el hospital se proporcionan los argumentos que la judicatura precisa para justificar y mantener su sentencia mientras que, a cambio, el poder psiquiátrico obtiene –con base y refuerzo en su saber científico– la venia para disponer las medidas de tratamiento que considere oportunas.

> Dirigido el informe al Ilmo. Sr. Juez del Juzgado de 1ª Instancia e Instrucción, los que suscriben tienen el honor de informarle que el paciente:
>
> Presenta una clínica psiquiátrica que corresponde al diagnóstico de TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE (BORDERLINE) (DSM III-R.: 301-83) con síntomas de relaciones interpersonales inestables, impulsividad, con uso de sustancias, adicción, robos en tiendas, inestabilidad afectiva con cambios marcados en el estado de ánimo, falta de control de impulsos con violencia, amenazas o gesto suicida, trastorno de identidad acusado manifestado en autoimagen, orientación sexual, objetivos a largo plazo, amigos y valores. Sentimiento crónico de aburrimiento y esfuerzos para evitar abandono real o imaginario.

Se intuye, inicialmente, un continuo psiquiátrico-criminológico a partir del que situar médicamente cualquier grado dentro de una escala penal (Foucault, 2010b) y subsumir en lo patológico una amplia gama de conductas consideradas potencialmente delictogénicas (Fuertes, 2005).

Amenazas y pequeños delitos relacionados con la propiedad –como los robos en tiendas–, pero también rasgos de carácter y comportamiento tales como la falta de control de impulsos con violencia o la orientación sexual, son tomados como síntomas que ponen al equipo clínico sobre la pista diagnóstica. Pero, además, con un abordaje semejante del instinto y de la afectividad, vemos cómo la psiquiatría tiene la posibilidad de realizar un análisis causal de las conductas, delictivas o no, a partir del que establecer una línea divisoria entre lo normal y lo patológico-virtualmente peligroso.

Cabe indicar con Ortiz (2013) que, tanto para valorar el estado mental de una persona, como su peligrosidad, la psiquiatría carece de pruebas objetivas. Esto representa un problema no sólo a la hora de establecer diagnósticos y tratamientos, sino sobre todo, en el momento en que del juicio clínico se va a derivar una intervención coercitiva como es un ingreso forzado, ya que los daños son mucho más graves. A pesar de ello, con los ingredientes anteriormente citados –derivados del par instinto-sexualidad–, se sentarán las bases de la inimputabilidad que había suscitado la interacción entre la justicia penal y el saber médico o psicológico, y que acabarán por justificar el internamiento de Xián en el hospital psiquiátrico.

Como se ha señalado, en un primer momento el diagnóstico que se establece es el de trastorno de personalidad límite (borderline) cuyos síntomas característicos, hay que subrayar, no forman parte del cortejo sintomático de la esquizofrenia. Es más, de acuerdo con Serrano y Serrano (2005) es la vulnerabilidad prepsicótica del paciente límite, así como la débil y característica organización de su yo, lo que explicaría la aparición de episodios psicóticos transitorios en situaciones extremas. Quizás por ello –y dado que el informe se redacta en los primeros días de internamiento de Xián– las variadas sospechas que se enumeran van a apuntar, de manera incipiente, a la esquizofrenia.

Pero más allá de la cuestión diagnóstica específica, el informe continúa ahondando en el tema de la anormalidad y la peligrosidad asociada:

> Hipocondriasis: ligero grado de preocupación anormal por las propias funciones corporales. Presenta una fuerte y marcada desviación psicótica. Ausencia de respuesta emocional profunda, incapacidad de beneficiarse de las experiencias y desconsideración hacia las normas sociales. A veces puede ser peligroso para sí mismo o para los demás. Su tendencia hacia lo anormal no se descubre frecuentemente hasta que se encuentra en dificultades serias. Entre una crisis y otra puede haber periodos de «normalidad». Sus más frecuentes desviaciones son las de mentir, robar, afición al alcohol o drogas y perversión sexual.

La tendencia hacia lo anormal, las desviaciones de tipo psicótico, pero también aquellas relacionadas con mentir, robar, con la afición a las drogas y al alcohol, o incluso la perversión sexual, se equiparan y entremezclan con la cuestión de la desconsideración hacia las normas sociales. Consolidadas y especificadas como síntomas autónomos y reconocibles, las conductas desviadas, ya sea desde un punto de vista psicológico, social, moral, jurídico o sexual, remiten a un estado general de anomalía. Estado a partir del cual, no sólo se torna posible el diagnóstico, sino que se fundamenta también la necesidad de prevenir con medidas sanitarias el peligro potencial que, en este caso, representa Xián.

El argumentario, suscrito por tres psiquiatras y una psicóloga clínica, avanza hacia un posterior diagnóstico de esquizofrenia como sigue:

> Presenta desviación hacia los intereses básicos del otro sexo.
>
> Respecto al factor Paranoia, presenta una puntuación medianamente significativa, con delirios de persecución, sospecha e hipersensibilidad.
>
> Existe una separación entre la vida subjetiva y la realidad (pudiendo ser debido a un comienzo de esquizofrenia), dándose este factor por encima de la media (7).

El género parece entrar también en juego y aunque no queda claro cuáles son los intereses básicos del otro sexo señalados, parece que lo patológico reside en parte en la inclinación de Xián hacia ellos. Vemos cómo se anexa la presunta desviación de los estándares del género a la enfermedad mental, al tiempo que se descubren las trazas o

tramas de la paranoia que, aun siendo medianamente significativas en este caso, permiten reconvertir lo anormal en patológico toda vez que se ajusta el delirio al análisis de los juegos del instinto y/o el placer (Foucault, 2001).

Abundando en la caracterización del estado anormal, se indica que:

> La hipomanía junto a la desviación psicopática son los rasgos más significativamente marcados. En cuanto a la hipomanía: marcada superproductividad de pensamiento y acción. El sujeto, con frecuencia se pone en dificultades al tratar de realizar muchas cosas. Activo y entusiasta. Sus actividades pueden estorbar a otras personas, por su poca atención a principios sociales establecidos. Por esto, puede ponerse en contradicción o dificultades con la Ley y sus representantes.

Xián, caracterizado como individuo molesto y poco atento a los principios sociales, encarna virtualmente –también en su hiperactividad y entusiasmo-, la posibilidad de entrar en conflicto con la Ley y sus representantes, de modo que se apuntala la pertinencia de asegurar una protección general tanto en términos jurídicos como en términos médicos. Por fin se concluye,

> Hipocondriasis leve. Desviación psicopática marcadamente significativa. Masculinidad: desviación moderada hacia los intereses básicos femeninos, sin llegar a homosexualidad. Paranoia moderada. Hipomanía (manía) también marcadamente significativa.

Tras insistir una vez más en los rasgos acusados de «identidad sexual desviada» y en los «sentimientos encontrados en cuanto a sus relaciones afectivas interpersonales», el equipo clínico finaliza este primer informe apreciando que la imputabilidad de Xián «se encuentra disminuida, pero no abolida, por lo que debe continuar tratamiento psiquiátrico ingresado por ahora».

Sellado el acuerdo de internamiento judicial y, argumentada su pertinencia, tendrá lugar una institucionalización que, repetimos, durará más de veinte años.

Se ha incorporado este informe clínico con la intención de ilustrar la complejidad de factores que se interrelacionan en los juegos del poder y el saber. En este caso, el aparato médico-jurídico fue el responsable de determinar y justificar una orden de ingreso que marcaría la configuración de una subjetividad patologizada. Además, los argumentos esgrimidos entroncan con el estado anormal apuntado más arriba. Para determinarlo, fue necesario aducir razones de diversa índole, dentro de las que se recoge una variada gama de elementos relacionados con la sexualidad. La orientación del deseo o la masculinidad consideradas perversas y desviadas, forman parte de las evidencias diagnósticas reunidas en una anamnesis que saldó, a su vez, un relevo de poderes encarnado en Xián. La norma heteropatriarcal se descubre en el dictamen médico que convierte en síntoma su ruptura o transgresión. La patologización de los comportamientos, gestos, actitudes o deseos socialmente no hegemónicos es evidente en un informe sancionado con la autoridad del saber. Si bien no es lo único que el equipo clínico toma en consideración a la hora de emitir el diagnóstico, sí resulta suficiente para demostrar la importancia que en este caso tuvo la sexualidad en la construcción de la figura patológica. Resulta patente el modo como se tomaron en cuenta diferentes organizadores sociales más allá de cualquier aspecto estrictamente biológico. Relacionados con un tipo de identidad de género y una orientación del deseo desplazadas de la norma, los factores de tipo social y cultural contribuyeron decisivamente no sólo al diagnóstico sino también, insistimos, al encierro.

¿Reproducción de la norma o ruptura performativa?

En lo que sigue abordaremos la sexualidad, el género y las pautas de la normalidad desde la óptica de Sabela, apuntando algunos elementos que operan en la construcción y vivencia de su subjetividad trans. Veremos el modo en que interactúan los patrones normativos en su experiencia como persona doblemente diagnosticada: de esquizofrenia paranoide y disforia de género. El cruce o intersección entre ambos diagnósticos se traduce en numerosos obstáculos a la hora de vivir de manera satisfactoria su sexualidad y su identidad de género. En el relato se observa hasta dónde la voluntad por reproducir los estándares del género femenino hace que la norma estalle, resignificándose en su performatividad trans.

Sabela nos cuenta que desde niña siempre ha sabido cuál era su subjetividad de género (Di Segni, 2013) y cuál su orientación sexual. Desde que tiene memoria recuerda no adaptarse a las representaciones dominantes que le fueron adjudicadas. Se sentía extraña en su cuerpo y el trato que le dedicaba el entorno le resultaba tanto o más ajeno que su propia anatomía. Nunca se reconoció en ese trato. Nos dice:

> Yo quería trato de mujer y cuerpo de mujer. Echaba de menos no sé, una vulva. Y un pito no me gustaba. Veía los pitos de los demás y me volvían loca de deseo y de fantasías, y con la mujer, si veía las vulvas me volvía loca de fantasía de tenerla yo. Cuando veía la capacidad de las mujeres de gustarles a los demás chicos, me entraba mucha envidia. Y estar con los chicos, el carácter de agresividad, de movimientos rápidos […] no me gustaba, me dolía. Y estar con las mujeres, de contarnos las cosas, de compartir, me gustaba mucho. Y me veía la más mujer de todas, y la más mujer desde pequeña.

Como es sabido, el supuesto más extendido en cuanto al género no es el de que existen diferentes subjetividades posibles producidas por múltiples influencias a nivel social y cultural. Al contrario y siguiendo a Butler (2002), desde edades muy tempranas e incluso antes mismo del nacimiento, toda una serie de normas operan de forma ritualizada dividiendo los géneros tan solo en dos, jerarquizándolos y asignándolos de forma coercitiva. Este régimen regula los cuerpos, actitudes y deseos verificando aquellos que se ajustan a sus leyes, haciéndolos inteligibles. Sin embargo, las subjetividades que permanecen por debajo de dicha inteligibilidad obtienen, según la autora, una especie de reconocimiento con enmiendas que no conduce a una vida viable (Butler, 2006). Es decir, las personas cuyo sexo no coincide con el género que socialmente se le imputa serán asociadas con el error y el defecto, con algo que va en contra de la misma naturaleza. Es más, el patrón que delimita el ideal de lo que debe ser humano genera a su vez una idea de la diferencia entre quien es y quien no es humano, entre qué vidas son vivibles y cuáles no.

Así, en el caso de las personas travestis, transgénero o transexuales, la discrepancia con la norma se produce prematuramente de forma casi inevitable. De acuerdo con Di Segni (2013), podría haberse elaborado culturalmente un imaginario que favoreciese a quienes se apartan de sus dictados, pero, muy lejos de relacionar la diferencia con la genialidad o lo extraordinario, se la ha convertido en monstruosidad.

En el caso de Sabela, su voluntad por mostrarse como mujer fue negada desde que era pequeña. La forma en que siempre transgredió los cánones de la vestimenta, por ejemplo, no fue sino fuente constante de conflictos. Al respecto explica que «de joven me conseguía yo la ropa y me la tiraban mis padres». Su subjetividad chocaba con los valores de una familia de corte conservador y filiación militar. Sus padres «no querían que vistiese de mujer ni nada. O sea, aceptaban que era transexual pero no querían que lo fuera».

Algo fallaba cuando Juan Ramón quería ser una niña, cuando jugaba con muñecas o quería vestir falda y tacones. Todos esos mensajes advirtieron a sus padres de que algo fallaba. Aunque la patologización de su identidad no tardó en llegar, para Sabela lo más traumático fue no poder mostrarse en todo momento tal y cómo se sentía:

> Si no tenía un cuerpo de mujer y no tenía la ropa, si me la quitaban, me obligaban a ser un chico toda la vida y eso es muy triste. Muy triste no porque ser chico sea malo sino porque yo no tengo el carácter ni la forma de ser de un chico. Y al no tener una forma de chica no recibía el trato de chica correspondiente.

El nombre y el trato fueron siempre sus principales reivindicaciones ya que:

> Al no tener un cuerpo físicamente femenino, el nombre y el trato es lo más importante. Y tener una buena apariencia de mujer, es lo más importante, porque no he podido vestir de mujer en todo momento, pero he conseguido el trato de mujer igual. Y he tenido halagos de que era guapa. No eran necesarios, pero sí ayudan.

Encontramos uno de los primeros logros en su experiencia de transgresión. A pesar de las dificultades para aparecer públicamente con actitudes o comportamientos femeninos, hoy con sus cuarenta y tres años manifiesta haber conseguido por fin el trato deseado por una parte de su entorno. Sin embargo, el empeño por este reconocimiento llevó parejo el diagnóstico clínico de disforia de género: «Me diagnosticaron la disforia de género», dice. A la patologización de su búsqueda, se unió una huida en forma de desconexión que sería tildada inicialmente de esquizofrenia paranoide. Si bien sus aspiraciones identitarias no resultan ser tan distintas de aquéllas que la norma establece para las personas asignadas como mujer, en su caso parece no corresponder tal destino:

> Mi nombre en verdad es Juan Ramón, he tenido una vida normal o pobre toda mi vida. He tenido experiencias buenas, cortas y no he salido de la ciudad en toda mi vida, salvo en un par de ocasiones. Soy muy sencillo, lo que veía antes de posibles vidas en otros sitios ha dejado de ser realidad no hace mucho tiempo. Y quiero tener una vida normal, o sea, matrimonio, unos hijos, una mascota y un trabajo.

Cabría desde determinadas posiciones feministas una crítica a la voluntad de algunas personas trans –de hombre a mujer–, de reforzar las identidades binarias de género a través de una hiperfeminidad en términos clásicos (Di Segni, 2013). La voluntad de encarnar el estereotipo de mujer portadora de atributos que satisfagan el deseo masculino, tener un hombre a su lado, hijos, etc., representaría la reproducción de estándares históricamente combatidos desde buena parte del movimiento feminista. Politizada o no a ese nivel, Sabela se reafirma. Lo que quiere es claro:

> Casarme con un hombre, fuerte y empresario y tener una familia. Tener un trabajo y cuidarme más. Podría trabajar de escolta y ganar mucho dinero. Lo importante en la vida… ser mujer, hormonarme y operarme. Eso es muy importante para mí. Y ser mujer definitivamente. Siempre he querido ser mujer y me gustaría tomarme unas pastillitas de antibeibi, que me den un poco más de pecho y unas formas más moldeadas. Una figura bonita, más, más, más sana. Puede que eso sea una opción para llegar a operarme.

Sin embargo, lo cierto es que su vida ha sido y sigue siendo una lucha permanente aun cuando su deseo sea reproducir una idea mítica de lo que socialmente supone ser mujer. Como hemos señalado, además del diagnóstico de disforia de género, Sabela tiene en su haber también el de esquizofrenia paranoide y, desde la última revisión psiquiátrica, el de trastorno bipolar. Precisamente por esta razón los peritajes psiquiátricos nunca han avalado su voluntad de someterse a tratamiento hormonal y quirúrgico. El diagnóstico sirve aquí para deshabilitar cualquier deseo u opinión que contravenga el marco normativo y la propia semántica biomédica. Los sujetos como Sabela quedan, de este modo, desactivados en tanto sujetos. Sus vidas, menospreciadas como carentes de valor, sin ninguna posibilidad de (re)escribirlas simbólicamente de otra manera. El relato hegemónico sobre sus cuerpos se impone y en muchos casos hasta es interiorizado.

En cualquier caso, las suspicacias hacia los delirios y las alucinaciones han hecho que se menospreciara sistemáticamente la forma en que Sabela siempre se ha mostrado ante sí misma y ante los demás. Como diría Butler (2009a) damos cuenta de nosotros mismos a otro, sea inventado o existente, y ese otro establece la escena de la interpelación, donde puede tener lugar o no el reconocimiento.

Pero ser mujer en el caso de Sabela ha sido visto como algo social y anatómicamente cuestionable, cuando no como el resultado de la locura. Que hayan coincidido en su persona diagnósticos como los mencionados ha supuesto para ella una forma múltiple y compleja de opresión contra la que ha tenido que luchar toda su vida. Recordemos además que si por su forma imposible, el habla de un sujeto se articula de forma que no puede considerarse como tal, entonces se produce el desprecio, la invisibilización y el posible confinamiento de la persona en instituciones de tipo psiquiátrico o para criminales (Butler, 2009b).

Resistencias y subversiones encarnadas

En último lugar hemos querido incorporar el testimonio de Iria. Al igual que Sabela, comparte una serie de reflexiones y experiencias que nos sirven para pensar la producción de la subjetividad desde un punto de vista interseccional y crítico. A partir de su relato se analizan algunos elementos que permiten imaginar formas de resistencia y subversiones posibles al sistema normativo y a las exclusiones que convoca.

Iria nos habla desde su experiencia de veinte años de sujeción a un modelo de atención psiquiátrico y biomédico que apenas ha ido más allá de lo estrictamente farmacológico. Hoy ya no se cree nada de aquel discurso empeñado en convencerla de que su diagnóstico de esquizofrenia es algo completamente personal, relacionado con un mal funcionamiento de la química de su cerebro. Hace tiempo que a partir de su experiencia ha aprendido a ver y nombrar las cosas de otra forma.

Pero su camino no ha sido ni mucho menos fácil. Nos cuenta que después de los intentos de suicidio y los múltiples ingresos, siempre la devolvían cargada de pastillas al mismo lugar en que sentía la opresión. Tras cada uno de los ingresos hospitalarios:

> Me devolvieron exactamente al mismo lugar donde mi abusador sexual podía andar por ahí, al mismo lugar donde yo seguía siendo pobre, al mismo lugar donde percibía la lesbofobia… ¿eso es aportar en salud mental? En todo caso creo que, si no estaba loca, me volvieron en el hospital.

Con firmeza sostiene que la idea de que las problemáticas de salud mental tienen que ver con los neurotransmisores o con la genética, no genera más que un sentimiento de fatalismo paralizante. En su opinión, esta idea sirve para esconder una serie de condicionantes sistémicos sin los cuales resulta incomprensible el malestar. Según su experiencia «te hacen creer que es algo totalmente personal. ¿Y los factores de riesgo? [sucede] Como que esa parte no existe».

Para ella, una visión tan reduccionista provoca que se interiorice un discurso trágico que dificulta enormemente percibir la multicausalidad subyacente al sufrimiento psíquico. En su opinión no es posible pensar la locura al margen de tantos factores que interactúan detonando la aflicción. Su orientación sexual y la falta de aceptación por parte de su entorno, hostil hacia la diversidad, representan algunos de esos factores. Iria asegura que «vivir en un pequeño pueblo cuando estaba empezando a tomar conciencia de cuál era a mi identidad sexual. Eso también fue muy duro».

En su localidad de origen cuenta con pocos apoyos y, a pesar de que su familia la ha ayudado siempre en todo lo que ha podido, hay aspectos que no puede compartir libremente: «no te puedes expresar tal y como tú eres». Las convenciones sociales se encuentran profundamente arraigadas en su contexto, fortaleciendo la complicidad entre instituciones –familias, clero, centros educativos e incluso los profesionales de la salud mental– a la hora de invalidar y asediar a las personas que presentan gustos, comportamientos y lenguajes corporales discordantes con la normalidad (Sedgwick, 2002). Esta dimensión resulta para Iria una clara fuente de dolor, conflictos y miedo. Ahondando en el tema de su orientación, nos dice:

> Tengo unos padres muy religiosos, entonces no sé, es un tema que ya no saco… en teoría, no saben que soy lesbiana. Para mí eso supone un estrés añadido. […] Si se lo digo, ¿qué van a hacer, me van a echar ea casa? y entonces ¿qué va a pasar?

La precariedad impacta también a Iria, generando un mayor grado de vulnerabilidad y situándola en la dependencia económica y en el riesgo. «Una paga de 300€ puede crear ciertos problemas en tu familia porque igual tú tienes que pedirle dinero y eso genera discusiones o problemas». La situación de pobreza a que muchas personas con un grado determinado de discapacidad se ven avocadas, dificulta enormemente que puedan desenvolver sus vidas de forma autónoma y satisfactoria. Ella lo ve claro, «desde luego que con trescientos euros y pico vas a ser pobre. Y estamos hablando de que uno de los factores de riesgo es la pobreza».

De todas formas, en su recorrido vital cuenta con experiencias que le han permitido visualizar de otro modo su propia condición subalterna (Spivak, 2009). Habla del tiempo en que tomó conciencia de la importancia de la lucha por la despatologización de las identidades y pone de relieve los nexos comunes entre causas diferentes que la conciernen en primera persona.

En contacto con colectivos activistas, extrajo elementos que le servirían para pensarse de forma más crítica, para narrarse de otro modo y optar. La idea platónica consistente en disociar cuerpo y mente se desplaza, en su experiencia, hacia una concepción de la subjetividad que rompe con las dualidades, abriéndose a la complejidad del cuerpo entendido como símbolo y como existencia. Un punto de inflexión tiene lugar en el momento en que Iria se acerca a la diversidad de planteamientos y prácticas operantes en el nivel de los llamados nuevos movimientos sociales. Según ella «una vez que conocí toda la filosofía de vida independiente o del movimiento lésbico, feminista, pues no me voy a adaptar a cualquier cosa, desde luego».

De dichos marcos de referencia ha ido incorporando conceptos que le han valido para cuestionar las verdades impuestas y sancionadas por el poder médico y jurídico. Anclado en una topografía del cuerpo y la subjetividad compleja (Haraway, 1995), su relato habla de sentidos, sentires, aflicciones, placeres, iras, logros o fracasos, que se inscriben en el cuerpo como espacio relacional y complejo. Por ello y al igual que en relación con la diversidad sexual, considera fundamental cambiar la mirada y la forma de nombrar la discapacidad, abriendo de este modo nuevas posibilidades que permitan habitarla de otro modo.

Iria apunta la acuciante necesidad de articular una acción social y política que se nutra de las estrategias ensayadas por colectivos que históricamente han reivindicado los derechos civiles, con el objetivo de pensar su aplicación en el terreno de la salud mental.

Más que dividida en lo personal, desde su experiencia se siente intersectada por múltiples formas de violencia y opresión que se potencian perfilando los márgenes de la locura. Pero también se siente parte de una variedad de colectivos en cuyo seno se encarna la resistencia posible. Iria lo expresa como sigue:

> Yo podría estar en todos los grupos a la vez. En este de mujeres como feminista, aquí en este de lesbianas como lesbiana, yo que sé… en ese de diversidad psíquica, como loca… Se están interrelacionando porque, porque vamos, uno de los factores de riesgo de la salud mental…, pues es el machismo, y eso le toca al feminismo. Otro es la homofobia, que le toca a lesbianas y gais. La transfobia, pues también es un factor de riesgo. Y la pobreza, que hoy en día las mujeres son casi todas pobres. Y bueno, el tema de los inmigrantes pues también es un factor de riesgo. Realmente están interrelacionados, incluso se podría decir que la locura los bordea a todos.

Insistimos en que para analizar la realidad de los grupos sociales y actuar políticamente con el objetivo de transformarla, es preciso considerar que cuestiones como la orientación del deseo o la subjetividad de género, interactúan de forma compleja con aspectos como el sexo, la clase social, el origen étnico, la edad o el capacitismo (Coll-Planas, 2012; Veenestra, 2013). Como demuestra la experiencia de Iria, resulta indispensable tener en cuenta que es esta interacción compleja la que sitúa y mantiene a las personas en circunstancias de extrema fragilidad. Relata como el problema se debe en gran medida a que socialmente siguen conviviendo numerosas formas de exclusión que producen subjetividades oprimidas. Por eso apuesta por el activismo político y por organizarse en una lucha que subvierta el orden de cosas actual en ámbitos interrelacionados tales como sexualidad, el género o la discapacidad.

De entre las estrategias de resistencia que considera claves en el camino del empoderamiento y la transformación, se encuentra la visibilidad. La construcción de nuevos referentes supone para ella una forma de enfrentar un régimen homogeneizador, capacitista y heteropatriarcal que es preciso echar abajo. La razón, sin duda, radica en que dicho sistema produce patrones de normalidad como única forma de legitimidad, que resultan incompatibles con los cuerpos, agenciamientos cotidianos y experiencias de la mayoría de las personas (Guzmán y Platero, 2012). Por tanto, encarnar y mostrar la diversidad es ya un acto de subversión. Como en otras experiencias de lucha, la visibilidad resulta para Iria imprescindible en el terreno de la salud mental. En su opinión «Si no hablamos pensamos que somos nosotros los únicos y nos quedamos en casa comiéndonos la cabeza. Y no, esto tiene que salir a la luz pública vamos. Igual que en el tema del feminismo, lo privado es político».

Advirtamos con Berná (2012) sobre el potencial de la interseccionalidad como herramienta analítica consistente en detectar los múltiples vectores de exclusión que, reforzándose mutuamente, impactan a las personas disparando sus niveles de vulnerabilidad.

Conclusiones

A partir de lo revisado se comprueba que es posible construir maneras diferentes de reconocerse, de narrarse y de actuar en pro de una modificación en las formas relacionales que impone la normalidad.

Aprender con aquellas personas que, definidas como diferentes, desviadas, raras, locas, enfermas o abyectas, tanto da, brinda la oportunidad de construir un tipo de resistencia que no desatienda las estrategias por ellas desarrolladas, sus experiencias o los sentidos particulares con los que las dotan.

Muy lejos de catalogar, se demuestra el interés de buscar los nexos que conectan uno y otro punto, una opresión con otra, una causa con otra, en la articulación de una lucha que se ocupe de las exclusiones inmanentes al sistema sexo-género-deseo y al régimen normativo que lo sustenta. Aquí, sin duda, el feminismo es el marco filosófico que da cabida a este proyecto, desde el cual pensar estrategias que enlacen ejes de exclusión diversos y causas específicas. Las múltiples formas de discriminación o la subalternidad como condición no estanca, deben poder pensarse a la luz de un análisis interseccional que permita situar diferentes ventajas o desventajas en función de los contextos. Los niveles de vulnerabilidad se disparan dependiendo de los escenarios y las circunstancias, lo cual complejiza el tipo de resistencias o micro-resistencias que articular.

En cualquier caso, se verifica la necesidad de trabar una práctica transformadora que haga de la experiencia de las subjetividades diversas, interconectadas en el entorno, su principal fuente de conocimiento (Planella y Pié, 2012). La recuperación del lugar central que ocupa el cuerpo simbólico se plantea, por tanto, como condición para producciones subjetivas interseccionales e interconectadas, que prometen la apertura hacia un futuro diferente.

La idea de la diferencia como condición para la creación de comunidad, permite abrazar motivos que movilicen disidencias respecto al mandato heteropatriarcal y de género, en pro de un cambio en la vida de las personas, sin detenerlas en categorías estancas: locas o esquizofrénicas, disfóricas, lesbianas, minusválidas, etc., son, en todo caso, plataformas de lanzamiento de la transformación.

Coincidiendo con Louro (2000), los cuerpos constituyen el anclaje de numerosas identidades y, en virtud de ellas, son significados y alterados continuamente. Las marcas inscritas en ellos sirven para clasificarlos y diferenciarlos culturalmente en función de variadas formas de expresión, comportamiento, gestualidad, etc. En este sentido, toda sociedad al clasificar a los sujetos impone divisiones y atribuye roles que pretenden fijarlos al tiempo que los definen, separan y, de forma más o menos sutil o violenta, los discriminan y excluyen. Entre estas múltiples formas de negación destaca aquella que rechaza la dimensión narrativa o el relato de las personas sobre sí mismas. A través de esta anulación de la dimensión simbólica del cuerpo, paradójicamente, los sujetos son hipercoporalizados –en la acepción estrictamente material o biológica–, diagnosticados y psiquiatrizados. Es, pues, frente a esta realidad de cuerpos sin sujetos, que el acceso a sus relatos resulta una labor prioritaria en la actuación socioeducativa. El propósito no es otro que abrir la posibilidad de ser, más allá de narrativas impuestas o del mandato del deber ser. La posibilidad de reconocer múltiples formas de identificación contestatarias y resistentes es, en definitiva, el objetivo de una práctica político-educativa, interpretativa y experiencial, que se considerada fundamental a la hora de revertir las inercias de opresión descritas.

Referencias

Berná, D. (2012) «Cartografías desde los márgenes. Gitanos gays en el estado español». En L. Platero, *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona, Ediciones Bellaterra, pp. 217-231.

Bertaux, D. (2005) *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona, Edicions Bellaterra.

Butler, J. (2002) «Críticamente subversiva» En R. Mérida, *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*. Barcelona, Icaria Editorial, pp. 55-79.

Butler, J. (2006) *Deshacer el género*. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.

Butler, J. (2009a) *Dar cuenta de sí mismo. Violencia ética e identidad*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

Butler, J. (2009b) *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid, Editorial Síntesis.

Celigueta, G. y Solé, J. (2013) *Etnografía para educadores*. Barcelona, Editorial UOC.

Correa-Urquiza, M. (2010) *Radio nikosia: La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura (Tesis doctoral)*. Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Tarragona.

Correa-Urquiza, M. (2014) «La irrupción posible del saber profano. Hacia una construcción colectiva del conocimiento en salud mental». *Temps d'Educació*, nú,. 47, pp. 63-75.

Coll-Planas, G. (2012) «"El circo de los horrores". Una mirada interseccional a las realidades de lesbianas, gais, intersex y trans». En R. Platero (Ed.), *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona, Edicions Bellaterra, pp. 255-276.

Di Segni, S. (2013) *Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Foucault, M. (1978) *Microfísica del poder*. Madrid, Ediciones La Piqueta.

Foucault, M. (1979) *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires, Editorial Paidós.

Foucault, M. (2001) *Los anormales*. Madrid, Ediciones Akal.

Foucault, M. (2005) *El poder psiquiátrico*. Madrid, Akal.

Foucault, M. (2010a) «La locura y la sociedad». En Á. Gabilondo, *Obras Esenciales*. Madrid, *Ediciones Paidós Ibérica*, pp. 751-770.

Foucault, M. (2010b) «La evolución del concepto de "individuo peligroso" en la psiquiatría legal del siglo XIX». En Á. Gabilondo, *Obras Esenciales*. Madrid, Ediciones Paidós Ibérica, pp. 719-738.

Fuertes, J. C. (2005) «Aspectos psiquiátrico-legales de la esquizofrenia y sus formas clínicas». En M. Serrano, *Esquizofrenia y enfermedades acompañantes*. A Coruña, Asociación Gallega de Psiquiatría, pp. 201-212.

Geekie, J., y Read, J. (2012) *El sentido de la locura*. Barcelona, Herder.

Geertz, C. (2006) *La interpretación de las culturas*. Barcelona, Gedisa Editorial.

Gómez, J., Latorre, A., Sánchez, M. y Flecha, R. (2006) *Metodología comunicativa crítica*. Barcelona, El Roure.

Guzmán, P. y Platero, R. (2012) «Passing, enmascaramiento y estrategias identitarias: diversidades funcionales y sexualidades no normativas». En R. Platero, *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona, Edicions Bellaterra, pp. 125-158.

Han, B-Ch. (2012) *La sociedad del cansancio*. Barcelona, Herder.

Haraway, D. J. (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza*. Madrid, Ediciones Cátedra.

López Petit, S. (2014) *Hijos de la noche*. Barcelona, Bellaterra.

Louro, G. (2000) «Pedagogias da sexualidade». En G. Louro, *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte, Autêntica, pp. 7-34.

Martínez, A. (1998) *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Barcelona, Universitat de Barcelona. Departament d´Antropología Cultural i Història d´América i África.

Martínez, A. (2011) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona, Anthropos.

Ortiz, A. (2013) *Hacia una psiquiatría critica*. Madrid, Grupo 5.

Planella, J., y Pié, A. (2012) «Pegagoqueer: resistencias y subersiones educativas». *Educación XXI*, 15 (1), pp. 265-283.

Sedgwick, E. (2002) «A(queer) y ahora». En R. Mérida, *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*. Barcelona, Icaria Editorial, pp. 29-54.

Serrano, M., y Serrano, M. (2005) «Personalidad y Esquizofrenia». En M. Serrano (Ed.), *Esquizofrenia y enfermedades acompañantes*. A Coruña, Asociación Gallega de Psiquiatría, pp. 127-140.

Spargo, T. (2007) *Foucault y la teoría queer*. Barcelona, Editorial Gedisa.

Spivak, G. (1985) «Estudios de la subalternidad: Deconstruyendo la historiografía». En R. Guha (Ed.), *Debates Post Coloniales: Una Introducción a los Estudios de la Subalternidad*. La Paz (Bolivia), Ediciones Aruwiyiri, pp. 247-292.

Spivak, G. (2009) *¿Pueden hablar los subalternos?* Barcelona, Museu d´art contemporani de Barcelona (MACBA).

Tariq, M. y Syed, J. (2017) «Intersectionality at Work: South Asian Muslim Women´s Experiences of Employment and Leadership in the United Kingdom». *Sex Roles*, 77, pp. 510-522.

Tójar, J. C. (2013) «La perspectiva de los participantes en la producción y análisis de la información de la investigación cualitativa». *Simposium: Metodología de investigación en ámbitos educativos plurales y diversos. XVI* Congreso Nacional/ II Internacional de Modelos de Investigación Educativa de ADIPE.

Veenestra, G. (2013) «The gendered nature of discriminatory experiences by race, class, and sexuality: A comparison of intersectionality theory and the subordinate male target hypothesis». *Sex Roles*, 68, pp. 646–659.

Veiga, K. (2011) *Artesaos da saúde: Saúde mental e participaçao social em Porto Alegre (Tesis de doctorado)* Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Tarragona.

Dissidències [i resistències] de gènere. Una aproximació interseccional a la patologització de la diferència

Resum: En el present text es revisen alguns organitzadors socials vinculats al sistema sexe-gènere-desig, a partir dels quals el poder, el saber i el cos social es recolzen en les societats occidentals per construir la figura del malalt/a mental. L'anàlisi pren com a referència un informe clínic a través del qual s'il·lustra la intricada trama d'elements relacionats amb la sexualitat i els estàndards de gènere que es posen en joc de cara a l'enunciació diagnòstica. Des d'aquí, els relats biogràfics de tres persones catalogades d'esquizofrènia permeten dibuixar un mapa de coordenades en què la violència heteropatriarcal i la patologització de la diferència es troben i reforcen mútuament. L'impacte subjectiu d'aquestes múltiples formes de violència planteja la necessitat d'una comprensió complexa i interseccional del patiment psíquic, que posi en el centre les estratègies de resistència articulades pels subjectes de l'aflicció davant la mirada taxonòmica i punitiva de el règim de la normalitat.

Paraules clau: sexe, gènere, desig, bogeria, interseccionalitat, educació.

Dissidences [et résistances] de genre. Une approche intersectionnelle de la pathologisation de la différence

Résumé : Dans ce texte, nous passons en revue quelques organisateurs sociaux liés au système Sexe-Genre-Désir à partir desquels le pouvoir, le savoir et le corps social s'appuient sur les sociétés occidentales pour construire la figure du/de la malade mental/e. L'analyse prend comme référence un rapport clinique qui permet d'illustrer le réseau complexe d'éléments en rapport avec la sexualité et les standards de genre mis en jeu en vue de l'énonciation diagnostique. À partir de là, les récits biographiques de trois personnes cataloguées de schizophrènes permettent de dessiner une carte de coordonnées dans laquelle la violence hétéropatriarcale et la pathologisation de la différence se rejoignent et se renforcent mutuellement. L'impact subjectif de ces multiples formes de violence souligne la nécessité d'une compréhension complexe et intersectionnelle de la souffrance psychique, qui se centre sur les stratégies de résistance articulées par les sujets de l'affliction face au regard taxonomique et punitif du régime de la normalité.

Mots clés: Sexe, genre, désir, folie, intersectionnalité, éducation

Gender dissent [and resistance]. An intersectional approach to the pathologization of difference

Abstract: This paper reviews some of the social constructs associated with the sex-gender-desire system from which power, knowledge and the social body in Western societies draw support to define the figure of the mentally ill person. This analysis takes, as its point of reference, a medical report, which is used to illustrate the complex web of elements associated with sexuality and gender standards that come into play when making a diagnosis. From there, the biographical accounts of three people classified as schizophrenic make it possible to draw some coordinates in which hetero-patriarchal violence and the pathologization of difference come together and mutually reinforce one another. The subjective impact of these multiple forms of violence suggest that a complex, intersectional understanding of psychological suffering is necessary, placing the focus on the resistance strategies of those subjected to the affliction against the taxonomic and punitive viewpoint of the regime of normality.

Keywords: sex, gender, desire, madness, intersectionality.