

Muito além dos diagnósticos: uma perspectiva interseccional sobre a saúde mental

Estefanía Ronca¹

Universidad de la República Oriental del Uruguay

Resumo: Esta proposta visa explicar por que a saúde mental deve ser considerada uma variável dentro de uma perspectiva interseccional ao abordar as condições de vida das mulheres. Propõe um diálogo entre saúde mental e gênero por meio da exploração das principais categorias envolvidas e das perspectivas históricas que as fundamentam. A proposta está dividida em três seções: primeiro, situando o campo da saúde mental no âmbito da saúde coletiva; segundo, problematizando a relação entre a patologização das mulheres e suas condições de vida, em tensão com as abordagens da saúde mental ao longo de diferentes épocas; e, finalmente, abordando a perspectiva interseccional como uma ferramenta teórica, metodológica e política fundamental para problematizar fenômenos relacionados à vida das mulheres, especificamente em relação à saúde.

Palavras-chave: saúde mental comunitária; feminismo; interseccionalidade.

RONCA, Estefanía. **Muito além dos diagnósticos: uma perspectiva interseccional sobre a saúde mental.** *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 13 (31): 233-250, janeiro a abril de 2026. ISSN: 2358-5587

¹ Mgtr. Estefanía Ronca. Docente investigadora del CENUR LN, Universidad de la República Oriental del Uruguay. Lic. en Psicología (UdelaR). Magíster en Salud Mental (UNER). Doctoranda en Antropología por la Universidad de Buenos Aires.

Beyond diagnoses: an intersectional look at mental health

Abstract: This proposal seeks to explain why mental health should be considered a variable within an intersectional perspective in relation to women's living conditions. It proposes a dialogue between mental health and gender through an exploration of the main categories that comprise it and the historical perspectives on which they are based. Three sections are proposed: one to situate the field of mental health within the framework of collective health, and another to problematize the entanglement between the pathologization of women and their living conditions, in tension with mental health approaches in different periods. Subsequently, the intersectional perspective is addressed as a fundamental theoretical, methodological, and political tool for problematizing the phenomena surrounding women's lives, specifically in relation to health.

Keywords: community mental health; feminism; intersectionality.

Más allá de los diagnósticos: una mirada interseccional a la salud mental

Resumen: La presente propuesta de trabajo intenta dar cuenta de por qué la salud mental debería de contemplarse como variable en la perspectiva interseccional al referirse a las condiciones de vida de las mujeres. Se propone un diálogo entre la salud mental y el género a través de un recorrido por las principales categorías que allí se entranan y las perspectivas históricas sobre las que sientan sus bases. Se proponen tres apartados: situar el campo de la salud mental desde la salud colectiva. Un segundo apartado orientado a problematizar el entramado que se establece entre la patologización de las mujeres y sus condiciones de vida, en tensión con los abordajes en salud mental a través de distintas épocas. Posteriormente se aborda la perspectiva interseccional como herramienta teórica, metodológica y política fundamental para la problematización de los fenómenos en torno a la vida de las mujeres, específicamente en referencia a la salud.

Palabras clave: salud mental comunitaria; feminismo; interseccionalidad.

El proceso de una sociedad integrada implica repasar las condiciones necesarias para la inclusión de la ciudadanía en las instituciones y los programas estatales, así como en sus redes socio comunitarias y culturales. Problematicar estos procesos cuando se trata de personas en condición de desigualdad, implica revisar las prácticas y ejercicios institucionales que dan soporte al individuo para su integración en la sociedad. Estos procesos de reproducción institucional conllevan la construcción de identidades, profundización de la desigualdad social y devenires históricos en quienes transcurren periodos de su vida bajo la intervención del Estado.

La propuesta de trabajo que aquí se desarrolla intenta dar cuenta de por qué la salud mental debería de contemplarse como una variable más en la perspectiva interseccional al referirse a las condiciones de vida de las mujeres. Se propone un diálogo entre la salud mental y el género a través de un recorrido por las principales categorías que allí se entranan, así como las perspectivas históricas sobre las que se asientan concepciones y prácticas del campo en cuestión.

Tanto el interés en la temática, central en mi investigación doctoral, como las preguntas que motivaron esta reflexión teórica derivan de los cuestionamientos que como feminista intento problematizar en diálogo con mi práctica profesional como psicóloga en los espacios de trabajo con mujeres (refugios, servicios de atención a la violencia basada en género, situación de calle y cooperativas de trabajo) donde en las más diversas subjetividades se transversaliza una misma lógica: los diagnósticos de los malestares, la medicación de la vida cotidiana a través del incremento de la prescripción y el consumo de psicofármacos, y la creciente estigmatización de la salud mental frente a los sufrimientos.

Esta reflexión se articula con el campo de la antropología de la salud como marco de referencia, remarcando que no busca negar las patologías ni los padecimientos severos y sus derivas terapéuticas, sino que intenta problematizar aquellos lugares en los que se posiciona el malestar, producto de las condiciones de vida y las desigualdades de poder que esto genera en su abordaje. Y allí es donde se sitúa como clave el posicionamiento ético y político de la interseccionalidad.

A estos fines, el presente trabajo se estructura en tres apartados. Inicialmente, con la intención de situar el campo de la salud mental desde una perspectiva de la salud colectiva y la antropología de la salud, su constitución como parte de la salud integral y su estrecha vinculación con la creciente medicalización de la vida cotidiana y de los padecimientos subjetivos. En un segundo apartado se orienta a problematizar el complejo entramado que se establece entre la patologización de las mujeres y sus condiciones de vida, en tensión con los abordajes en salud mental a través de distintas épocas. Posteriormente se aborda la perspectiva interseccional como herramienta teórica, metodológica y política fundamental para la problematización de los fenómenos en torno a la vida de las mujeres, y específicamente en referencia a la salud.

Por último, se esbozan algunas líneas a modo reflexivo sobre el recorrido que implica la búsqueda de información fidedigna, la lectura y la reflexión en diálogo con el quehacer político y profesional en el campo de la salud mental comunitaria.

Aproximaciones al campo de la Salud Mental desde una mirada interseccional

La salud mental se presenta como un concepto genérico, bajo el cual se resguarda un conjunto diverso de discursos y prácticas asociados a los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar. Estos discursos y prácticas responden a las racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad de las diversas disciplinas, y de las ideologías que les subyacen (JARAMILLO y RESTREPO, 2012).

Desde dicha complejidad resulta necesario considerar a las prácticas en salud mental como un conjunto heterogéneo dentro del campo más amplio de prácticas en salud (ARDILA y STOLKINER, 2012). La especificidad de la salud mental se encuentra en la importancia de incorporar la dimensión subjetiva en las prácticas de salud y promoción de salud (BANG, 2014).

Como movimiento, campo disciplinar o área de trabajo perteneciente a la salud pública, también puede ser entendida como un estado, condición o dimensión de la salud integral de un individuo. Esto tensiona con la perspectiva que tiende a posicionar que la salud mental es lo opuesto a la enfermedad mental. Sin embargo, la ausencia de enfermedad no asegura el goce de la salud y la presencia de enfermedad no excluye la posibilidad de una vida saludable. Desde esta perspectiva la misma sólo es comprensible en el marco de otro proceso más amplio que tiene que ver con los procesos sociales, el contexto histórico, los procesos de producción y reproducción social. En esta línea Galende (1990) propone concebir a la salud mental como campo, donde se reconocen distintas orientaciones teóricas, donde confluyen, además, el entrecruzamiento de saberes, teorías y prácticas.

La mayoría de las prácticas en el campo de la salud mental, han girado en torno a lo que se ha reconocido como enfermedad mental y la utilización de reduccionismos diagnósticos, lo que desemboca en reduccionismos terapéuticos para su abordaje.

En convivencia con el modelo hasta aquí planteado, existen otras perspectivas de la concepción de salud mental, provenientes de un modelo biomédico que comprende que la enfermedad es el producto de factores anatómicos, fisiológicos o de entidades externas que afectan el funcionamiento orgánico; la intervención está orientada a la curación, entendida como un arreglo anatómico-fisiológico mediante una acción directiva y vertical (JARAMILLO y RESTREPO, 2012). La concepción biomédica de salud mental se define a partir de dos características fundamentales: la reducción de lo mental a un proceso biológico y la ausencia de enfermedad como criterio de normalidad. Otra de las características de este modelo es el protagonismo que se le otorga a la enfermedad mental como eje identitario de la salud. Desde allí, la enfermedad mental es entendida como la manifestación de desórdenes en diferentes procesos cerebrales que median el funcionamiento psicológico.

La intervención desde este enfoque se centra en la atención de los trastornos mentales por parte de especialistas, recurriendo en la mayor parte de los casos, a la farmacologización como respuesta (JARAMILLO y RESTREPO, 2012).

En las décadas de 1970 y 1980 emergen una serie de críticas a las intervenciones de salud basadas en la concepción medicalizada y en la perspectiva del riesgo individual, al considerar que estas aproximaciones se ocupan de la enfermedad, no de la salud, dando protagonismo a los modelos sociales (BIANCHI, 2019). En este sentido la antropología de la salud resulta un aporte fundamental,

consolidándose como resistencia, como un campo atento a los problemas emergentes y urgentes en la salud de la población (MALUF, QUINAGLIA SILVA, y SILVA, 2020). Desde los aportes de la etnografía crítica, se focaliza en la desnaturalización de lo que parece dado o evidente y en la comprensión de las relaciones de poder que se establecen en los procesos de salud y enfermedad (MALUF, QUINAGLIA SILVA, y SILVA, 2020).

Este nuevo paradigma emergente no trata de una negación a la atención/intervención médico– psiquiátrica, sino de cuestionar y problematizar el énfasis excesivo que se presta a la enfermedad mental por encima de la salud, posicionándola como objeto de mercado y su utilización como forma de mistificación de los problemas sociales. En este punto, el enfoque de la antropología feminista se posiciona como privilegiado, ya que reconoce a los sujetos intervenidos como sujetos políticos, y no solo como producidos y afectados por experiencias vividas. Producen así sus versiones en la relación etnográfica (PEIRANO, 2008), al cuestionar el ocultamiento de los problemas sociales a través de la individualización de la enfermedad como un reduccionismo que subjetiviza una problemática colectiva. Es desde allí que las nuevas miradas sobre el campo de la salud mental tensionan con los paradigmas no cuestionados hasta el momento, tensión que se manifiesta en los diversos ámbitos de la atención en salud.

Como se ha detallado hasta aquí en las cuestiones asociadas a la salud mental son diversas las dimensiones que confluyen en la complejidad que caracteriza a dicho campo. Entre ellas la dimensión de género ha estado excluida en los modelos de atención y abordaje, así como en los marcos formativos y normativos, siendo que resulta estructurante en el funcionamiento de la sociedad y el establecimiento de las relaciones que allí convergen.

En este sentido es pertinente reflexionar desde la categoría conceptual de género, en tanto construcción histórico social, que se reproduce a través del tiempo de distintas maneras y construye significados y subordinaciones que prevalecen en los criterios médicos, científicos, en la religión y en los dispositivos jurídicos; permitiendo visibilizar el carácter social y no biológico de los atributos de la masculinidad y la feminidad que toda sociedad elabora a partir de las diferencias de sexo, habilitando la reflexión sobre la forma en que tales diferencias se han constituido históricamente en desigualdad, en contextos socioculturales donde rigen valores patriarcales (SCOTT, 2013).

Desde la década del 70 los feminismos han advertido acerca de esta necesidad (ROWBOTHAM, 1980) que requiere ampliar la perspectiva sobre el proceso salud-enfermedad, incorporando elementos específicos relacionados al género (SOUZA et al., 2014). Aunque bien hoy en día parecería haber consenso en reconocer su importancia, su implementación resulta aún deficiente e invisible, sosteniendo que el género nada tiene que ver con la salud: a nivel de prácticas, de marco normativo, de política institucional.

Esto no solamente impacta a nivel colectivo, de política pública y de respuestas institucionales, sino que la noción de autonomía se ve directamente afectada, incidiendo sobre la subjetividad, la identidad personal, la libertad, la opresión, la acción y la responsabilidad. Es un giro central en las demandas sobre los derechos y centro de las luchas feministas; también eje de los reclamos de grupos que han visto vulnerada su capacidad de agencia a lo largo de la historia, y que aún hoy continúan en la búsqueda de plena garantía de sus derechos (SCOTT, 2013; STOLCKE, 2004; VIVEROS VIGOYA, 2016).

Estas dinámicas dominantes en los modelos de atención en salud profundizan las desigualdades en mujeres y diversidades sexo genéricas, ya que a lo largo

de la historia han sido calificadas como “inferiores mentales”, “locas” o “enajenadas mentales” (ORTEGA, 2012) como consecuencia de un patriarcado existente en la medicina y ciencias afines, más que de un saber científico.

Estas lógicas sientan sus bases en la construcción sociocultural del género lo cual demarcó el ámbito de actuación y la función social de la mujer, asignando roles ligados al espacio doméstico, al hogar y a la familia, con las consiguientes consecuencias negativas para quienes transgredían ese modelo conductual socialmente aceptado.

La medicina occidental del siglo XIX posicionaba a las mujeres como más susceptibles a desórdenes nerviosos, producto de la tensión de la vida moderna, existiendo un sesgo de género ligado al sexo en diagnóstico, psicopatología y psicoterapia. Para estas situaciones, las terapéuticas aplicadas privilegiaban el encierro en instituciones psiquiátricas durante periodos prolongados, así como el uso recurrente de altas dosis de psicofármacos para abordar los padecimientos, funcionando como un dispositivo social de fragilización de la salud mental de las mujeres (ORTEGA, 2012).

En la misma época, el psicoanálisis operó como otro actor clave desde las teorías de las “referencia”, las cuales podrían interpretarse como un modo de resistencia a las condiciones de opresión–represión de la sexualidad femenina (DIO BLEICHMAR, 1992). La hegemonía asignada al saber psicoanalítico habilitó prácticas que operaban como dispositivos de poder, reprimiendo y “adaptando” las conductas de mujeres, así como la patologización de la homosexualidad y la diversidad sexo genérica. Estas teorías, así como su desenlace en las prácticas clínicas, incidieron en la producción de subjetividades que se denominaron como enfermizas, de forma de garantizar las condiciones para la ejecución de los dispositivos de poder para controlarlas (DIO BLEICHMAR, 1992).

Estas lógicas han operado como estructurantes en el tratamiento, concepción y atención de mujeres con padecimiento psíquico y, por otro lado, como se mencionó anteriormente, han generado movimientos de resistencia que pretenden aproximarse a nuevas perspectivas que reconocen a la salud mental como una noción que sus mismas protagonistas van construyendo en diferentes momentos de sus vidas.

En lo descrito hasta aquí, se evidencia que la salud es un bien público, socialmente determinado, entramado en el modo de vida, sostenido por la sociedad y garantizado por el estado, inseparable de la justicia y la inclusión social, afirmado por la cultura solidaria y ajeno a toda forma de discriminación o estigma. La dimensión social que aquí se busca priorizar comprende a la salud, no solamente como una configuración de significados que se comparten, sino como un bien que se materializa como un resultado común, algo que incluye y asimila la subjetividad social.

La vida en sociedad transcurre en tramas de vínculos que se sostienen en lo intersubjetivo y perderlas tiene un costo subjetivo trascendental. Cuanto más fuerte son los vínculos que sostienen esas tramas en una comunidad, cuantos más espacios de encuentro y participación se tienen, cuanto más posible es la organización comunitaria, en mejores condiciones se encuentra la sociedad para afrontar los avatares de la salud de forma colectiva. Es desde allí, y en línea con los aportes feministas, que se concibe a la salud mental desde una perspectiva vincular, donde el fortalecimiento de redes comunitarias e institucionales resulta una tarea central, reconociendo el rol fundamental que tienen los contextos sociales, comunitarios e institucionales, siendo potencialmente facilitadores o limitantes de los procesos de producción de salud-enfermedad.

Comprender el recorrido por los distintos paradigmas que a lo largo de la historia han dado sustento a lo que hoy denominamos como salud mental, implica reconocer que dicha producción ha sido sustentada por las lógicas de poder de cada época. El tratamiento histórico de la locura desde una mirada feminista e interseccional (como se desarrollará más adelante) implica, entre otras cosas, la búsqueda de esas huellas que marcan una diferencia entre mujeres y varones en el diagnóstico, las formas de intervención médica y en sus formas de abordaje.

El próximo apartado busca aproximarse a esta articulación entre el lugar que históricamente los mandatos sociales han asignado a las mujeres y los diagnósticos patologizantes- es decir, la locura- como derivas de un desajuste a dicha norma.

La locura como disciplinamiento: la loca como (des) ordenador social

A continuación, se describen las principales contribuciones de los estudios feministas junto a otras aproximaciones críticas del campo de la salud mental a través de recuperar la figura de la “mujer loca” como (des) ordenador social, con el estigma que esto conlleva y las derivas de su tratamiento.

El sistema patriarcal sentó las bases para la subordinación de las mujeres y el prejuicio acerca de su peligrosidad a través de distintos nombres: brujas, locas, promiscuas, histéricas, construyendo un discurso que intentaba adaptar sus comportamientos al rol socialmente esperado, esencialmente el de madres y esposas.

Desde allí los parámetros para evaluar la salud mental de las mujeres se sostenía en el criterio de que aquello que se ajustaba al ideal de lo esperable (pasividad, emocionalidad, dependencia, cuidado, feminidad) era considerado como goce de “buena salud”. Por el contrario, si la mujer alcanzaba rasgos de independencia, emancipación, se posicionaba como deseante, o se oponía en otras formas a los modelos establecidos por los mandatos sociales, no solo perdía lo específicamente femenino, sino que ocupaba un lugar fuera de la norma, de lo esperable y, por lo tanto, posible de intervención.

En distintos momentos de la historia, así como en las más diversas geografías, se ha evidenciado que las mujeres presentan mayores prevalencias en lo referente a los malestares asociados a la salud mental, así como los diagnósticos de depresión y ansiedad, acompañado por consumo de psicofármacos (MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, 2018). Es de destacar que estas cifras se incrementan en mujeres que ocupan lugares subalternos en la estructura social, pertenecientes a grupos socialmente más vulnerables; sobre esto se profundizará en el apartado sobre Interseccionalidad.

En su tesis doctoral “Desigualdades de género en salud mental. Análisis de su medicalización desde la perspectiva interseccional”, Andrea Cabezas (2021) analiza los datos utilizados por la Encuesta Nacional de Salud de España (MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, 2018) de la cual se retoman algunas cifras que posibilitan el diálogo con el presente trabajo. Allí se destaca que las mujeres presentaron mayor prevalencia en los malestares asociados a la salud mental, así como de diagnóstico de ansiedad y depresión, siendo mayores en los grupos sociales más vulnerables. La revisión mostró que las características del mercado de trabajo afectan de manera diferente a la salud mental de varones y mujeres.

En lo que refiere a la medicalización del malestar subjetivo, se observan desigualdades de género que se traducen en un posible sobrediagnóstico y sobre

prescripción de psicofármacos, que se vuelven más intensas en los grupos socioeconómicamente más vulnerables. Si bien este es un estudio realizado en la esfera europea, los datos pueden extrapolarse a nuestra realidad latinoamericana, de la cual sospecho, las cifras podrían agravarse dadas las limitantes en el acceso al sistema de salud y los escasos recursos destinados a la política pública encargada de atender la salud mental de las poblaciones más vulnerables.

Las derivas diagnósticas y terapéuticas mencionadas anteriormente toman formas específicas en la actualidad, pero provienen de un proceso acumulativo que a lo largo de la historia y las épocas ha tomado distintas formas. Comprender los procesos socio históricos que los anteceden nos permite situarnos y contextualizar dichas prácticas.

En su libro “Mujeres y locura” Phyllis Chesler (2005) plantea que:

gran parte de lo que hoy damos por hecho, era impensable hace unos 50 o 60 años. Durante las décadas de 1950 y 1960, a los médicos aún se les enseñaba que las mujeres padecen envidia del pene, son inferiores a los hombres desde el punto de vista moral y, de forma innata, son también masoquistas, dependientes, pasivas, heterosexuales y monógamas. También aprendimos que eran las madres causantes de las neurosis y psicosis, y no los padres, ni la predisposición genética, ni los accidentes ni la pobreza. (PHYLLIS CHESLER, 2005: 11)

Estas palabras de la autora podrían acertadamente aplicarse a la realidad actual, ya que aún en esta época son escasos los espacios- formativos, profesionales y asistenciales- en los que se menciona a la opresión de género como causante de malestares, sufrimiento y traumas.

Más atrás en el tiempo, uno de los mojones claves para comprender los mecanismos de patologización de las conductas de las mujeres, fue la teoría psicoanalítica y los estudios que Freud desarrolló de la histeria y la melancolía.

El diagnóstico social de la histeria era el habitual de la mujer que incluía un conjunto diverso de síntomas, entre ellos “tendencia a causar problemas”. Freud describía la psicología de la mujer en función de las carencias que observaba, comparándola con la psicología masculina que era tomada como modelo. La histeria utilizada como condición diagnóstica a las mujeres en la medicina occidental hasta mediados del siglo XX, abarcaba, además, síntomas como insomnio, retención de líquidos, espasmos musculares, respiración entrecortada, pérdida de apetito, irritabilidad y tendencia a causar problemas. Y más complejo aún, un diagnóstico para pacientes mujeres que se aplicaba a todo tipo de malestares, cuando no se sabía a qué atribuirlo. En los casos más complejos se promovía por parte del poder médico, el aislamiento como mecanismo de control social de las mujeres, al cual se sumaban otras prácticas como la estimulación de los órganos genitales, en algunos casos hasta la extirpación de los órganos, lobotomía y el encadenamiento (CHESLER, 2005). Así la histeria, entendida como una enfermedad del útero y luego del sistema nervioso femenino, se convirtió en un diagnóstico clave para clasificar como patológicas muchas formas de disidencia o desobediencia femenina: deseo sexual, tristeza posparto, rechazo al matrimonio o la maternidad, negación a los cuidados, deseos de emancipación, entre otros.

El estudio del caso de Anna O- caso que llevó a Freud a afianzar su reputación como médico, en conjunto con el Dr. Breuer- está basado en la vida de Berta Pappelheim (1859) quien fue una feminista judía de nacionalidad austríaca, reconocida como defensora y pionera de los derechos de la mujer y del niño que, además, tradujo al alemán la obra de Mary Wollstonecraft, Vindicación de los derechos de la mujer (1792). Su caso clínico, y por tanto su vida, aparece relatado en

el tratado *Estudios sobre la histeria* (1895), donde es reducida a un análisis sintomatológico y diagnosticada por histeria. Estos intentos de invisibilizar su trayectoria como referente social, pionera en los servicios sociales, fundadora de una residencia para las mujeres que vivían en la calle, reducen a Pappelheim al “caso exitoso de Freud”, como tantas otras apropiaciones masculinas (BOYANO, 2022).

En la misma línea, otra referente en el ámbito del psicoanálisis fue Sabina Naftulovna Spielrein, psiquiatra y psicoanalista, nacida en Rusia a principios del siglo XX. Fue diagnosticada como paciente psiquiátrica grave, siendo ingresada en el hospital Burghölzli, en Zúrich, bajo la responsabilidad del reconocido psiquiatra Carl Gustav Jung. Las diversas biografías sobre Sabina coinciden en algunos aspectos de su personalidad al decir que era una niña difícil y rebelde, intelectualmente muy inquieta, con un rendimiento escolar brillante, de gran imaginación. Hablaba cinco idiomas: inglés, francés, alemán, yidis y hebreo (BOYANO, 2022), además de ser una de las primeras mujeres médicas, siendo la primera en ingresar a la Sociedad psicoanalítica de Viena, pionera en hablar del instinto de muerte (luego apropiado por Freud) y en acuñar el término esquizofrenia (asignado a Bleuler). Fue la primera paciente tratada por Jung con el “método analítico”, siendo su caso presentado por su médico como reflejo de la teoría freudiana de la histeria (BOYANO, 2022).

Acompasando los inicios y validación de la teoría psicoanalítica, a finales del siglo XIX surgen los manicomios como la institucionalización del anormal; influenciado por el positivismo, los valores de la modernidad y el desarrollo del modo de producción capitalista. En ese entonces la institucionalización estaba ligada a la industrialización y a la necesidad de formar sujetos como agentes económicos y productivos (CASTEL, 1980). Como plantea Foucault (1990: 85), “el internamiento esta[ba] destinado a corregir”, siendo su principal objetivo el normalizar, en el marco de una sociedad que rechazaba todas las formas de inutilidad social.

Es aquí donde la figura del médico, y especialmente del psiquiatra, comienza a ser considerada la más efectiva para el tratamiento de la locura. Se produce así una creciente intervención de la medicina sobre lo que eran consideradas “conductas socialmente desviadas”, que en el pasado eran abordadas a partir de otras esferas institucionales como el derecho y la religión.

Con la introducción del diagnóstico psiquiátrico, el loco pasó a ser rotulado como “enfermo mental” y como “peligroso”, perdiendo parte de su condición humana, por lo cual se hizo necesario separarlo del medio y someterlo a tratamientos para curarlo, incluso contra su voluntad. Este sistema estaba fundado en la vigilancia, el control y la disciplina, a través de dispositivos de represión (AMARANTE, 2009). Así surgió lo que actualmente se conoce como el modelo asilar en salud mental. Este es un paradigma de carácter asistencial que concibe al aislamiento en centros cerrados de atención como la única forma de intervenir sobre la enfermedad mental. Enfatiza sobre el control de la enfermedad, aislando a las personas de sus lazos sociales y comunitarios.

Para las mujeres la institucionalización psiquiátrica (durante los siglos XIX y XX) se convirtió en espacios de control social avalados por la moral de la época, donde las mujeres eran ingresadas muchas veces por decisión de sus maridos, padres o jueces, sin consentimiento ni garantías. En dichos espacios, lejos de encontrar cuidado, muchas fueron sometidas a prácticas – que hoy se reivindican como tortura – como el aislamiento, la medicación forzada, los electrochoques, lobotomías, y la esterilización.

El siglo XX es caracterizado por la descripción y clasificación de las entonces

denominadas enfermedades mentales, el desarrollo de la neurología y la psiquiatría biologicista, así como el auge de la psicofarmacología y la hospitalización con fines terapéuticos (CHESLER, 2005). Frente a esto, movimientos de resistencia como el feminismo realizan uno de los principales aportes en este campo, que ha sido la denuncia de la tendencia histórica a patologizar el sufrimiento de las mujeres, advirtiendo acerca de esta necesidad desde los años 70 (ROWBOTHAM, 1980). A pesar de que actualmente pareciera existir consenso en reconocer su importancia, su implementación sigue resultando deficiente, como si aún se considerara que el género no guarda relación con la salud: a nivel de prácticas, de marco normativo, de política institucional.

Dentro del posicionamiento feminista la salud ocupó un lugar central durante las décadas de los 70 y 80 también en otros ordenes como el derecho al aborto, salud sexual y reproductiva, el acceso a servicios de calidad (STOLCKE, 2004).

En contraparte, la psiquiatría biomédica tradicional ha tendido a considerar la definición de determinados rasgos emocionales como síntomas patológicos cuando se manifiestan en mujeres. La tristeza, la ansiedad, la ira, el deseo o la intensidad afectiva han sido vistas como desviaciones de la “normalidad” en comparación con parámetros masculinos de racionalidad y autocontrol. Esta visión sesgada deriva en una sobre intervención y sobremedicalización de las mujeres, especialmente mediante psicofármacos como ansiolíticos y antidepresivos.

Desde el modelo biomédico tradicional se han enfatizado las diferencias biológicas, como el sistema hormonal diferencial que varía a lo largo del ciclo vital en las mujeres, como factores para su mayor propensión a sufrir patología mental. La simplificación de la naturaleza psicológica de las mujeres a esta causante hormonal ha conducido a patologizar procesos naturales (ciclo menstrual, embarazo, parto, menopausia).

Frente a esto la perspectiva feminista desde la salud colectiva, ponen de manifiesto la importancia de complejizar y problematizar las derivas diagnósticas, donde debe priorizarse de contexto socio económico y cultural de las personas que sufren (MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, 2018).

En este breve recorrido por la historia de patologización de las mujeres se intenta dar cuenta de cómo el estigma de la locura ha sido históricamente una herramienta para controlar a aquellas que no se ajustaban a los modelos de feminidad hegemónica de cada época.

Los estereotipos imperantes de feminidad en nuestras sociedades constituyen factores de riesgo para la salud mental de las mujeres: la dependencia, la auto culpabilización, la supuesta debilidad y la represión de la ira, se imponen socialmente como rasgos típicos de la subjetividad femenina e implican mayor vulnerabilidad frente a los malestares (DIO BLEICHMAR, 1992). En la actualidad, la patología depresiva constituye el malestar psíquico y la causa de discapacidad más frecuente en las mujeres, con una prevalencia femenina de dos por uno en relación con los varones. Esto evidencia las alarmantes desigualdades que existen entre los diagnósticos y abordajes que se aplican a mujeres y varones, reafirmando la ausencia de perspectiva género en los profesionales de la salud que abordan tales situaciones.

En el contexto de una sociedad capitalista y patriarcal, las mujeres enfrentan cotidianamente condiciones de vida afectan su salud mental, como situaciones de discriminación, violencia basada en género, dificultades para acceder al mercado laboral (desde el empleo digno), la doble o triple jornada laboral, sobrecarga en

los cuidados; desigualdades en el acceso a sus derechos y a la justicia; los mandatos asociados al género, por mencionar algunas de las condiciones sociales y culturales. Estas desigualdades configuran formas específicas de padecimientos subjetivos.

Este trabajo no busca negar las patologías ni los padecimientos severos, sino que se intenta problematizar aquellos lugares en los que se posiciona el malestar, producto de las condiciones de vida, que tiene que ver con la concepción de “lo problemático”, con su abordaje e intervención, y su posterior incidencia en la salud de las personas. Y allí es donde aparece como clave el posicionamiento ético y político de la interseccionalidad.

La no neutralidad en salud mental: la necesidad de un posicionamiento interseccional

Como se ha descrito hasta aquí las conceptualizaciones acerca de la salud mental y su abordaje ha variado según la época y los pactos sociales que se generan.

Si bien a partir de la década del 70 en Latinoamérica se ha afianzado un modelo de atención en salud centrado en la medicina social y salud comunitaria, aún persiste una mirada hegemónica en los dispositivos de diagnóstico y atención en salud mental que tiende a ignorar las condiciones estructurales que producen y sostienen el sufrimiento psíquico (GALENDE, 1997).

En este contexto, la interseccionalidad emerge como un aporte indispensable para comprender como las distintas formas de opresión – como el racismo, el sexismo, la pobreza, la homofobia o el capacitismo – interactúan y configuran experiencias diferenciadas de malestar y de acceso a la atención en salud mental.

Como se ha intentado elucidar, este campo no está exento de relaciones de poder androcéntricas en las que se sostiene el saber médico hegemónico, sobre todo en la determinación de lo que es normal y lo que es patológico, respondiendo a modelos biomédicos patriarcales, occidentales y totalitaristas. Esto invisibiliza la diversidad de experiencias de mujeres racializadas, con discapacidad y/o que viven en condiciones de pobreza, por lo que el aporte de la interseccionalidad se posiciona como una herramienta teórica, metodológica y política privilegiada para la problematización de los fenómenos en torno a la vida de las mujeres.

Previo a adentrarnos en el análisis interseccional de la salud mental, se describen brevemente las principales líneas de pensamiento que dieron origen a dicha corriente.

El término interseccionalidad emerge a fines de la década de 1980 acuñado por Kimberlé Crenshaw, en el campo del activismo feminista negro en EEUU, como crítica a los análisis unidimensionales de las desigualdades sociales, permitiendo describir cómo las mujeres afroamericanas eran discriminadas de forma simultánea por su género y su raza, y cómo esa doble discriminación no podía ser entendida si se analizaban esas categorías por separado. Desde entonces, la interseccionalidad como línea de pensamiento ha sido adoptada por distintos campos del saber crítico para señalar el entrecruzamiento de opresiones, creando posiciones sociales específicas que afectan el acceso a derechos, recursos y reconocimiento (VIVEROS VIGOYA, 2016).

En palabras de la autora, va a referir a que:

La interseccionalidad es una conceptualización del problema que busca captar las consecuencias estructurales y dinámicas de la interacción entre dos o más ejes de subor-

dinación. Aborda específicamente la forma en que el racismo, el patriarcado, la opresión de clases y otros sistemas discriminatorios crean desigualdades básicas que estructuran las posiciones relativas de las mujeres, razas, etnias, clases y otros. Además, la interseccionalidad se ocupa de cómo acciones y políticas específicas generan opresiones que fluyen a lo largo de dichos ejes, constituyendo aspectos dinámicos o activos del desempoderamiento. (CRENSHAW, 2002:177)

La propuesta de Crenshaw (2002), conceptualiza la noción de interseccionalidad en un doble sentido: uno estructural y otro político. En el primero, refiere a las distintas formas en las que la raza y el género interactúan, generando diversas dimensiones que conforman las experiencias y afectan la vida de las mujeres negras, que no podrían abarcarse en su complejidad si se observa por separado la raza y el género.

Figuras del feminismo latinoamericano, como Mara Viveros Vigoya (2009, 2016) posicionan la interseccionalidad como forma de comprender cómo diferentes opresiones interactúan en la formación de experiencias subjetivas -a menudo experiencias de discriminación- determinando el acceso a recursos y cómo inciden en la construcción de identidades. Refiere a un sistema de subordinación colonizador, capitalista y globalizado que clasifica socialmente a los sujetos y, en la jerarquía social, subordina a aquellos que no se adecuan al estereotipo físico y sexual del colonizador occidental: hombre, blanco, clase media o superior, heterosexual. En esta línea María Rodó (2021) sostiene que el análisis interseccional no busca agregar categorías (sexo, raza, clase, sexualidad) sino que, por el contrario, se esfuerza por entender lo que se ha creado en la intersección de dos o más ejes de opresión. Al hacerlo, se reconoce la naturaleza multidimensional y relacional entre los marcadores de diferenciación social y la forma en que estos crean lugares sociales atravesados por relaciones de poder superpuestas en sistemas de discriminación y subordinación en los que los sujetos viven sus experiencias.

Entonces, ¿por qué considerar la interseccionalidad en el campo de la salud mental?

Como se mencionó, la interseccionalidad permite visibilizar experiencias en la vida de las mujeres donde se entrecruzan otras desigualdades, además del género. En el campo de la salud mental el posicionamiento desde esta perspectiva permite complejizar el entramado de relaciones que sostienen los modelos de salud-enfermedad-atención-cuidado (ARDILA Y STOLKINER, 2012), así como el desplazamiento de la mirada subjetivante del sufrimiento situándolo dentro de un complejo interrelacionamiento de condiciones sociales, culturales, económicas y políticas.

La interseccionalidad como construcción y posicionamiento feminista asociado a este campo, emerge como una crítica a las formas en que los saberes médicos hegemónicos y sobre todo psiquiatrizantes, han intervenido las experiencias de las mujeres, normalizando violencias, patologizando resistencias y reproduciendo estructuras patriarcales amparados en el saber científico. Esta perspectiva propone una forma de comprender y abordar el sufrimiento psíquico inmerso en un contexto determinado con sus atravesamientos políticos y colectivos, que reconoce las estructuras de poder en la sociedad. Esto posibilita comprender que el sufrimiento no debe ser patologizado, sino comprendido en relación con las violencias estructurales, la exclusión social, la desigualdad de género y las condiciones de vida, generando experiencias subjetivas de padecimiento. Adoptar este posicionamiento implica una transformación en las formas de diagnóstico, intervención y cuidado, reconociendo las dinámicas de poder que se dan en el vínculo

entre las instituciones y las personas consultantes, y del sistema de salud en su conjunto (CHESLER, 2005).

En este sentido, las mujeres, y esencialmente las mujeres pobres, racializadas o migrantes, acceden a los servicios de salud desde posiciones marcadas por múltiples desigualdades. Lo que se evidencia como síntomas muchas veces son minimizados, invalidados, interpretados como “llamados de atención” o, por el contrario, patologizados de forma excesiva sin considerar su contexto y sus causas.

El diagnóstico de “trastorno límite de la personalidad”, por ejemplo, ha sido aplicado de forma desproporcionada a mujeres jóvenes que han atravesado situaciones de violencia, pobreza o abandono, reproduciendo un patrón de silenciamiento y medicalización del trauma (CHESLER, 2005). Asimismo, las personas afrodescendientes, indígenas y migrantes suelen experimentar mayores barreras de acceso a los servicios de salud mental de calidad.

En el caso de las personas con discapacidad psicosocial, se evidencia una doble estigmatización: por su condición cognitiva y por el capacitismo social que las desvaloriza, infantiliza o excluye. Las mujeres con discapacidad psicosocial son más propensas a sufrir violencia sexual, abusos institucionales y esterilizaciones forzadas, especialmente si son pobres o sin redes familiares (RODÓ, 2021).

En las situaciones mencionadas anteriormente- y otro abanico de diversidades que no es posible incluir en un trabajo de estas dimensiones- la interseccionalidad permite visibilizar que no todas las personas estigmatizadas como “locas” o “débiles mentales” viven esa experiencia de la misma manera (RODÓ, 2021; VIVEROS VIGOYA, 2016).

La medicalización de la vida cotidiana (como proceso de intervención biomédico) en el ámbito de la salud mental ha sido en las últimas décadas, especialmente impulsada por el desarrollo de la industria farmacéutica. Las mujeres son especialmente vulnerables a los procesos de medicalización, ya que sufren una mayor sujeción por parte de las instituciones médicas y psiquiátricas sobre sus cuerpos, con el resultado de ser más fácilmente etiquetadas como enfermas mentales. Esto resulta contradictorio si lo miramos a la luz de la falta de investigaciones y evidencia que hay sobre la salud de las mujeres, ya que no ha sido un campo de interés de conocimiento para la ciencia, pero sí un campo necesario de intervenir.

Las prácticas como las internaciones involuntarias, la sobreprescripción de psicofármacos, la falta de consentimiento informado y la ausencia de participación real de las personas en las decisiones sobre su tratamiento, constituyen graves violaciones a los derechos humanos. Estas violencias afectan con mayor intensidad a quienes ya están en situación de vulnerabilidad.

Es por esto que no se puede ignorar que los sistemas de salud, lejos de ser espacios neutros, reproducen las mismas lógicas de exclusión que existen en la sociedad. Allí la mirada interseccional permite visibilizar cómo los dispositivos clínicos, los diagnósticos, las internaciones, las terapias y hasta el lenguaje profesional y académico pueden ser instrumentos de normalización y control sobre las personas que desbordan la norma.

En la línea de los aportes fundamentales del feminismo en este ámbito, se destaca la contemplación de la salud mental desde lo colectivo, no como un hecho individual, aislado, solitario; sino que es bienestar en relación con el contexto, que tiene que ver con la forma en la que construimos relaciones con el entorno basadas en el reconocimiento, en la diversidad, en los vínculos, en las condiciones de vida digna.

Es así que colectivizar permite colocar en el centro los esfuerzos compartidos,

virando la mirada de la individualización y subjetivación del malestar, ofreciendo modos alternativos para comprender el sufrimiento psíquico desde una perspectiva relacional, contextual y estructural; atendiendo desde la singularidad, el contexto de vida y los conflictos puntuales que pueden ser causa de los sufrimientos (CABEZAS, 2021; SOUZA *et al.*, 2014).

El feminismo ha sido una de las principales resistencias- junto a otros colectivos de usuarias/os, familiares, profesionales del movimiento antipsiquiatría- al modelo biomédico para la atención y abordaje en el sistema de salud, jerarquizando las practicas colectivas de la salud comunitaria y la organización social para la democratización de la salud mental.

Consideraciones finales

Como se ha intentado visibilizar a lo largo del presente trabajo, la salud mental es un concepto construido socialmente, su concepción y comprensión se ha transformado a lo largo de la historia según los paradigmas dominantes en cada cultura y período sociohistórico, impactando en los modos en que se interviene sobre ella, así como en las profesiones y disciplinas que se consideran legitimadas para abordarla.

Como resultado de las luchas colectivas, el surgimiento y afirmación del paradigma integral en salud mental promueve modificaciones en la forma de concebir a la salud, que impacta no solo en la concepción de los procesos de salud y enfermedad, sino también en las demandas y espacios de intervención que se generan en dicho ámbito.

A través de este movimiento se comienza a visualizar a las personas como sujetos de derecho, interviniendo en la atención y acompañamiento de la salud mental desde un enfoque comunitario. Así, se busca poner énfasis en las condiciones que generan el sufrimiento psíquico, más que en el sufrimiento en sí, y se privilegia al contexto como estructurante tanto en los síntomas que presenta la persona, como en su proceso de atención. De esta forma las condiciones sociales, económicas, territoriales y culturales resultan un factor relevante en referencia a la salud mental, en el entendido de que las desigualdades sociales pueden generar sufrimientos, y que los sufrimientos pueden producir, a su vez, desigualdades sociales.

Una de la síntesis más relevante de este proceso de reflexión, problematización y articulación, se constituye en la ausencia de una perspectiva interseccional del campo de la salud mental por parte de los diversos actores involucrados y, sobre todo, a las respuestas sensibles al cuidado de la salud mental.

Como posicionan los feminismos latinoamericanos y los colectivos de personas con padecimientos severos, resulta necesario y fundamental consolidar espacios en los que las más diversas vivencias sean legitimadas y respetadas. Allí radica un valioso reconocimiento al trabajo que históricamente ha hecho- y hace- el feminismo para intentar la inclusión e interseccionalidad reales en estos espacios, también en incorporar conceptos y reconocer que nadie debe dejar de ser un sujeto político por estar en una situación de especial vulnerabilidad.

Si bien en las últimas décadas Latinoamérica se encuentra transitando un proceso de reforma de los sistemas que abordan la salud mental, resulta aún insuficiente y deja por fuera las diversas complejidades que se intentaron evidenciar a lo largo de este texto. Por esto resulta fundamental visibilizar los dispositivos de control que desarrolla el patriarcado en alianza con el sistema capitalista, privilegiando formas de normalizar a los sujetos y el disciplinamiento de la vida

de las mujeres. En esta línea, los diversos colectivos que militan la salud mental, proponen abordajes relacionales con la comunidad privilegiado frente a un modelo donde el abordaje aislado, individualista, centrado en la figura del médico y hospitalocéntrico, reduce a las personas a un mero diagnóstico plausible de intervenir. Es allí que la perspectiva interseccional privilegia la complejidad y propone una revisión crítica en los modelos de concepción de la salud, interpelando la universalidad de los diagnósticos y sus derivas terapéuticas que producen formas de exclusión y estigmatización en personas en condiciones de desigualdad.

Estos aportes han sido transformadores y continúan siendo urgentes. Al cuestionar la neutralidad de las categorías diagnósticas, denunciar las violencias estructurales y proponer nuevas formas de cuidado, se ha fortalecido la perspectiva de derechos, así como la demanda de una mirada más ética, contextual y compleja. Estos aportes no solo benefician a mujeres con padecimientos psíquicos, sino que promueven a repensar la salud mental como un derecho, y no como un privilegio, así como la necesidad de respuestas que contemplen las diversas intersecciones. Para esto la interseccionalidad emerge como una herramienta indispensable para el análisis crítico y ético de la salud, permitiendo ir más allá del binarismo entre lo normal y anormal, salud- enfermedad, locura- normalidad, y reconocer que el sufrimiento subjetivo está modelado por múltiples ejes de opresión tales como género, raza, clase social, orientación sexual, discapacidad, edad, territorio, que interactúan de manera simultánea y no jerárquica. Sin dejar de lado que todos los procesos sociales se encuentran en constante movimiento y reorganización, por lo que, en palabras de Guber, nos convoca a la reflexibilidad continua que implica la “capacidad de reflexionar, objetivar o concebir el propio lugar en el campo y la incidencia de las condiciones socioculturales del investigador en el texto final” (GUBER, 2014:16).

En este sentido las contribuciones del feminismo a la salud mental constituyen una transformación epistemológica, política y clínica que continúa desafiando los modelos tradicionales de atención y comprensión del sufrimiento psíquico, re politizando las condiciones de vida.

*Recebido em 31 de janeiro de 2026.
Aprovado em 10 de março de 2026.*

Referências

- AMARANTE, P. *Superar el manicomio*. Buenos Aires: Topía, 2009.
- ARDILA GÓMEZ, S. Y STOLKINER, A. Conceptualizando la salud mental en las prácticas. Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 23: 57-67, 2012.
- BANG, C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas: Individuo y sociedad*, 13 (2): 109-20, 2014.
- BIANCHI, EUGENIA. ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Relmecs*, 9 (1): e052, 2014.
- BOYANO, J. ¿Una mujer inventó el psicoanálisis? Diez pioneras que mejoraron a Freud. *The Conversation*, 16 de maio 2022.
- CABEZAS, A. *Desigualdades de género en salud mental. Análisis de su medicalización desde la perspectiva interseccional*. Tesis (Doctorado en Salud Pública), Universidad del País Vasco, 2021.
- CASTEL, R. *El orden psiquiátrico: La edad de oro del alienismo*. Madrid: Ediciones de la Piqueta, 1980.
- CHESLER, P. *Mujeres y locura*. Madrid: Continta me tienes, 2005.
- CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine. *Feminist Theory and Antiracist Politics* (University of Chicago Legal Forum), 1: 139-67, 1989.
- CRENSHAW, K. Hegemonía y las vidas de las mujeres. En: MCDOWELL, L.; SHARP, J. (eds.). *Glosario feminista de geografía humana*. Londres: Arnold, 2002.
- DIO BLEICHMAR, E. La depresión en la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39): 283-89, 1992.
- FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta, 1990.
- GALENDE, E. *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós, 1990.
- GALENDE, E. Situación actual de la salud mental en Argentina. *Salud, problemas y debate*, 9 (17): 10, 1997.
- GUBER, R. *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma, 2014.
- JARAMILLO, J.; RESTREPO, D. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30 (2): 202-11, 2012.
- MALUF, S. W.; QUINAGLIA SILVA, É.; SILVA, M. A. Antropologia da saúde: Entre práticas, saberes e políticas. *BIB*, 91: 1-38, 2020.-

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Informe principal*. Secretaría General Técnica, 2018.

ORTEGA RUIZ, C. Las mujeres y la enfermedad mental: una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. *Cuadernos Kóre*, 1 (4): 208-23, 2012.

RODÓ-ZÁRATE, M. *Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones*. Barcelona: Bellaterra, 2021.

ROWBOTHAM, S. *La mujer ignorada por la historia*. Madrid: Debate.

SCOTT, J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: LAMAS, M. (comp.). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*, 2013.

STOLCKE, V. La mujer es puro cuento: La cultura del género. *Estudos Feministas*, 12 (2), 2004.

SOUZA, M. H. T. de; SIGNORELLI, M. C.; COVIELLO, D. M.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (7), 2014.

VIVEROS VIGOYA, M. La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 1: 63-81, 2009.

VIVEROS VIGOYA, M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52: 1-7, 2016.

VOLUME 14
NÚMERO 34
(JAN./ABR.2027)

ACENO

REVISTA DE ANTROPOLOGIA DO CENTRO-OESTE
ISSN: 2358-5587

CHAMADA DE ARTIGOS

DOSSIÊ TEMÁTICO:

PRAZO FINAL
DE SUBMISSÃO:
30 DE NOVEMBRO
DE 2026

CIDADES EM DISPUTA:
GÊNERO, RAÇA, SEXUALIDADE
E OUTRAS DIFERENÇAS
NA PRODUÇÃO DO
ESPAÇO URBANO

COORDENADORXS:

DR. DR. GUILHERME R. PASSAMANI (UFMS)

DR. DR. RAMON PEREIRA DOS REIS (UEPA)

Os processos de produção das cidades em relação às sexualidades têm enfatizado ao longo da história a importância das noções de território e territorialidade para a compreensão de como são constituídos os espaços urbanos, os sujeitos e suas relações. Além de indicar que tais processos de produção cidadina correspondem a marcações sociais heterogêneas, é importante ressaltar que todo esse movimento compreendido pelas dinâmicas sociais locais e a ocupação de territórios, dispostos entre “periferias” e “centros”, perfaz mobilidades e/ou zonas fronteiriças que nos possibilitam problematizar os manejos, burlas e agenciamentos feitos em torno da produção social das diferenças, bem como seus impactos a partir da articulação com as temáticas de gênero, sexualidade e raça. Nesse sentido, imaginar a produção de sexualidades em diferentes escalas é um ponto constituinte dos três eixos que norteiam o dossiê: as espacialidades, mobilidades e territorialidades. O objetivo é aproximar os debates sobre cidades, gênero, sexualidades e raça na tentativa de promover aproximações teóricas e empíricas que nos auxiliem a refletir e questionar estatutos citadinos em relação à produção de diferenças e desigualdades, tendo como ponto de partida a seguinte questão: de que forma podemos escrutinar urbanidades/cidadinidades a ponto de fazer com que tais estruturas não sejam meros arquétipos geográficos/cartográficos, mas que internalizem e externalizem ações concretas de pertencimento e uso democrático do espaço público?

34

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social - Universidade Federal de Mato Grosso