

L'ama del corral i del carrer: la construcció del discurs “agora-dona” en les comunitats virtuals d'atenció de Facebook



Programa de Doctorat en Estudis de Gènere i Polítiques
d'Igualtat

Institut Universitari d'Estudis de la Dona

Tesi doctoral presentada per: Maria Asunta Jover Leal

Dirigida per: Aranzazu Grau Muñoz i Oscar Guasch Andreu

València, desembre 2021

Agraïments

Aquest treball, i tal com apunte en el seu desenvolupament, no ha estat un treball individual, i això és perquè, tant acadèmicament, materialment com emocionalment, en cap moment m'he sentit sola fent-lo.

El procés emprés comença d'una experiència personal de molts anys gens fàcil, per això vull començar agraint a la meua família el suport que m'han brindat tots aquests anys perquè sense ell, sense la seua comprensió, la seua paciència i la seua estima, eixa experiència personal mai haguera pogut materialitzar-se en la tesi que ací presente. En especial agrair als meus pares per haver sigut el meu ciment, ensenyar-me a seguir i per mai desistir; sense ells jo estaria perduda. A Fran, al qual vaig conèixer al poc de començar aquesta tesi, per acompanyar-me amb dedicació, però sobretot per aquests anys de xarrades nocturnes, de debats interminables amb què he sentit que aquesta tesi també li pertanyia. A la resta de la meua família pels seus consells i per la seua confiança, en especial a la meua cosina Ines per haver-me ajudat en la part informàtica i en el disseny, per no tirar la tovallola amb mi ni dir-me mai que no. També d'una manera molt particular a Xuxo, qui ha esperat als meus peus hores i hores de redacció, qui més apareix en aquestes pàgines i amb qui ja no puc compartir l'alegria d'haver-les acabat.

A l'altre eix de la meua xarxa afectiva, les meues amigues, vull donar-los les gràcies per sostenir-me en les baixades i seguir-me en les pujades durant tots aquests anys. A Enma, Clara i Ali per ser les meues arrels. A Elena, Nuria, Asun, Ale, Maria, Sara, Emi i Julia per ser el meu bastó. A totes elles per condensar en diversos cossos i en cossos diversos totes les dones que jo algun dia vull arribar a ser.

Vaig començar aquest treball amb milers de dubtes i inseguretats que no haguera sabut mai resoldre sense l'ajuda d'Arantxa i Oscar, la seua paciència i la seua confiança. A ambdós els hi dec aquesta tesi i tot el que he après amb ella.

Agrair també a Tere, a Ivan i a tot el grup del "Seminario Estudios Sociales en Salud Mental" del CEIICH/UNAM per la seua immensa generositat. Per haver-me acollit primer en la meua estada a Mèxic, i després en els nostres encontres virtuals, com una més, per endinsar-me en la sociologia de la salut mental i perquè molts dels raonaments d'aquest treball han nascut de les nostres converses.

En últim lloc vull dedicar-li aquestes pàgines a dues persones que m'ha deixat l'últim any i a una que ho va fer fa ja massa. A ma tia Rosi i a mon tio Manolo per l'orgull que sentien per tot allò que feia la seua neboda. A mon tio Pedro perquè va ser ell qui em va impulsar fa 18 anys a estudiar Sociologia sota l'argument de què els anys universitaris no són anys per a aprendre un ofici sinó per a aprendre a ser crítics, una crítica que espere no perdre mai de vista. A tots tres, i a la resta, espere no decebre'ls.

Índex

Preàmbul encarnat: un dia qualsevol, un dia com hui mateix	2
01 Marc teòric	8
1.1. Biomedicina	9
1.1.1. Biopoder i Biopolítica en el discurs mèdic psiquiàtric	9
1.1.1.1. Règims de veritat	14
1.1.1.2. Formes de govern	19
1.1.1.2.1. El DSM com a dispositiu de seguretat	23
1.1.1.2.2. La farmacologia com a estratègia d'intervenció	26
1.1.1.3. Construcció de subjectivitats	28
1.1.2. Les teories socials i la problematització del diagnòstic	33
1.1.3. L'atenció en els processos de salut i malaltia	37
1.1.3.1. Processos assistencials: sabers empírics, habilitats i capacitats	37
1.1.3.2. Models d'atenció: entre l'atenció biomèdica i l'autoatenció	39
1.1.3.2.1. GAMs: Suport, (re)significació i transmissió de sabers	42
1.1.4. Qüestionaments feministes	44
1.1.4.1. El nostre posicionament de gènere	48
1.1.4.1.1. El gènere com a sistema de relacions	48
1.1.4.1.2. El gènere performatiu	51
1.2. El diagnòstic "agorafòbia"	55
1.2.1. Distingint malestar de diagnòstic	55
1.2.2. Què hi havia abans del diagnòstic d'agorafòbia?	58
1.2.3. Contextualització històrica del diagnòstic	66
1.2.4. Evolució del diagnòstic fins l'actualitat	71
1.2.4.1. Lectures socials subjacents	74

1.3. El diagnòstic “dona”	78
1.3.1. Relació diagnòstic agorafòbia - diagnòstic “dona”	80
1.3.2. Feminitats normatives a l’Estat espanyol	86
1.3.2.1. Feminitat normativa en el període de sorgiment del diagnòstic d'agorafòbia	88
1.3.2.1.1. Aportacions a la relació diagnòstic agorafòbia - diagnòstic “dona”	97
1.3.2.2. Feminitat normativa a principis del segle XX	98
1.3.2.2.1. Maternitat medicalitzada	102
1.3.2.2.2. Aportacions a la relació diagnòstic agorafòbia - diagnòstic “dona”	106
1.3.2.3. Feminitat normativa a la Segona República i al Franquisme	107
1.3.2.3.1. La Segona República	108
1.3.2.3.2. La dictadura franquista	110
1.3.2.3.3. Aportacions a la relació diagnòstic agorafòbia - diagnòstic “dona”	113
1.3.2.4. Feminitat normativa després de la dictadura	116
1.3.2.4.1. Aportacions a la relació diagnòstic agorafòbia - diagnòstic “dona”	125
1.3.2.5. La feminitat normativa de hui	127
1.3.2.5.1. Aportacions a la relació diagnòstic agorafòbia - diagnòstic “dona”	133
1.3.2.5.2. Alliberament vs sotmetiment. El paper de l’agència i les possibilitats de resistència	137
1.3.3. Resistències feministes	141

02 Metodologia **146**

2.1. Epistemologia habitada	147
2.1.1. Reptant la neutralitat científica des de l’etiqueta malalta	147
2.1.2. Sent (estant) una d’elles	149
2.1.2.1. El recurs de l’autobiografia encarnada	149
2.2. Model d’anàlisi	151
2.2.1. Preguntes, objectius i hipòtesis	151

2.2.1.1. Hipòtesis	152
2.2.2. Operacionalització	153
2.3. Producció de la informació	161
2.3.1. Anàlisi qualitativa de Comunitats Virtuals	161
2.3.2. Les nostres Comunitats Virtuals	166
2.3.2.1. Els grups de Facebook	166
2.3.2.2. Característiques dels grups	167
2.3.2.3. Període de registre	170
2.3.2.4. Nosaltres, les usuàries	170
2.4. Anàlisi de la informació	172
2.4.1. Exposició de l'anàlisi	172
2.4.2. Organització de l'anàlisi	172
03 Anàlisi	176
3.1. Comunitats Virtuals: Atenció, gestió i significació de l'agorafòbia	177
3.1.1. Presentació diagnòstica de les entrevistades	177
3.1.1.1. "No enferma, sino distinta, rara"	177
3.1.1.2. "Y si no me gustan las multitudes, ¿qué?"	180
3.1.1.3. "He desperdiciado mi vida"	184
3.1.1.4. "Toda una vida con la agorafobia"	185
3.1.1.5. "Mi cabeza hizo pum, y dejé de salir de casa"	187
3.1.2. Atenció en les persones diagnosticades d'agorafòbia	189
3.1.2.1. Atenció formal	189
3.1.2.2. Atenció familiar	194
3.1.2.3. Atenció i amistats	198
3.1.2.4. Atenció i parelles afectivosexuals	201
3.1.2.5. Atenció en els Grups	207

3.1.3. Les nostres Comunitats Virtuals com a GAMs	211
3.1.3.1. Suport emocional i ajuda mútua	212
3.1.3.2. Transmissió d'informació	214
3.1.3.3. Redefinició de la identitat	216
3.2. Els 10 manaments del discurs “agora-dona”	220
3.2.1. Bloc 1: Diagnòstic “agorafòbia”	220
3.2.1.1 Primer manament: Rebràs tractament	220
3.2.1.1.1. El tractament mèdic	221
3.2.1.1.1.1. El tractament farmacològic	224
3.2.1.1.1.2. El tractament psicològic clínic	228
3.2.1.1.2. L'esforç propi	233
3.2.1.2. Segon manament: Patiràs malestar	235
3.2.1.2.1. Com a símptomes	236
3.2.1.2.2. Susceptible de diagnosticar-se	240
3.2.1.3. Tercer manament: Et subjectivaràs com a agorafòbica	244
3.2.1.3.1. Diferent dels “altres” i entesa pels “teus”	244
3.2.1.3.2. Ser, estar, tindre, patir	246
3.2.1.3.3. Identitats múltiples	250
3.2.1.4. Quart manament: Et relacionaràs amb el sistema biomèdic	253
3.2.1.4.1. Legitimació i acatament	253
3.2.1.4.2. Control i autocontrol en la usuària experta	255
3.2.2. Bloc 2: Diagnòstic “dona”	263
3.2.2.1. Cinqué manament: Treballaràs remuneradament i públicament	263

3.2.2.1.1. Sentir-se útil, sentir-se “normal”	264
3.2.2.1.2. Feminització i precarització	275
3.2.2.2. Sisé manament: Consumiràs per damunt de totes les coses	277
3.2.2.2.1. “Dona” domèstica	277
3.2.2.2.2. “Dona” alliberada	284
3.2.2.2.2.1. Els béns d’experiència	291
3.2.2.3. Seté manament: Assumiràs la gestió domèstica i familiar	293
3.2.2.3.1. A la casa i al carrer	293
3.2.2.3.2. Gestió domèstica tangible i intangible	298
3.2.2.4. Huité manament: No renunciaràs a la maternitat	301
3.2.2.4.1. Maternitat pública hegemònica	301
3.2.2.4.2. Del “jo” patològic al “nosaltres” normalitzat	303
3.2.2.5. Nové manament: No et privaràs de l’amor	307
3.2.2.5.1. Buscar, trobar i cuidar	307
3.2.2.5.1.1. Buscar... en l’espai públic	312
3.2.2.5.1.2. Cuidar... també en l’espai públic	316
3.2.2.5.2. Més val mal acompanyada que sola	320
3.2.2.5.2.1. Resistències, o preferir el malestar al marit	323
3.2.2.5.2.2. Contraresistències, o reconducció	324
3.2.3. Bloc 3: Resistències	327
3.2.3.1. Desé manament: No et resistiràs... o sí?	327
3.2.3.1.1. Resistències al diagnòstic “agorafòbia”	329
3.2.3.1.2. Resistències al diagnòstic “dona”	339
3.2.3.1.2.1. Resistències a la producció i consum	340
3.2.3.1.2.2. Resistències a la Cathexis	344
3.2.3.1.3. Resistències col·lectives en forma de lluita política	347

04 Conclusions

352

Referències bibliogràfiques

366



**Preàmbul encarnat:
un dia qualsevol,
un dia com hui
mateix.**

11:00h a.m, sona el despertador, òbric els ulls, estic cansada. És tard, ho sé, però encara que fa més de dos anys que treballo al bar no acabe d'acostumar-me als horaris.

Esmorze encara que siga tard, sempre em desperte amb un nuc a la panxa que es passa quan menje alguna cosa. Em vist de pressa, no tinc massa ganes de pensar què posar-me: uns pantalons de xandall de Fran amb els quals vaig còmoda i una dessuadora està perfecte. Agafe el gos i eixim al carrer.

En eixir note el vent gelat en la cara i m'acople la bufanda, no vull passar fred i encara em queda una estona llarga pel carrer. Vaig caminant, creue el parc que hi ha davant de casa, gire i torne a creuar a la vorera següent. Comencen les palpitations, comence a suar, em marege i pare. Una sensació d'irrealitat lleu m'envaeix i retrocedisc, sempre retrocedisc. Quan torne a sentir-me a mi mateixa, quan torne a notar el meu cos m'adone que m'ha tornat a passar el que em passa cada matí quan m'allunye de casa; allò que diuen (també jo des de fa ja 18 anys) agorafòbia.

Als 18 anys em van diagnosticar agorafòbia, més comunament coneguda com la por al carrer. Fins a hui han sigut anys de metges, medicaments, teràpies i la promesa mèdica permanent pronunciada pel primer metge que em va tractar i repetida d'alguna manera al llarg d'aquests anys per tots els metges i terapeutes als quals he acodit: "amb un bon tractament mèdic i posant tot de la teua part, Assumpta, podràs tornar a tindre la vida normal d'una xica de la teua edat".

Engul saliva, tanque els ulls, pense de cridar a algú, pense que estic a prop de casa i que si em trobe molt malament puc tornar corrents i continue. Hem acostumat el gos a fer la volta sencera al parc i no pense decebre'l. Caminem junts. Ell s'allunya a voltes a pixar algun arbre i jo li tire alguna que altra pedra, però sempre anem junts. Mentre estem al parc em trobe segura. Últimament em trobe massa segura per a ser agorafòbica així que opte per no abaixar la guàrdia i confiar-me.

Els següents dos obstacles són la fruiteria i el supermercat. M'agrada molt més anar a la fruiteria: sempre hi ha poca gent, conec l'encarregat i, a més, està en la façana del costat de casa. Compre tot el que puc allí, però sempre necessite alguna cosa del supermercat. El *Consum* està un poc més lluny però encara dins de la meua zona de confiança. M'agrada

menys per la gent i les cues. Em posa nerviosa esperar. Deixe el gos a la porta, ell m'espera, sempre m'espera, i em lleve la dessuadora. Fa molta calor dins.

El matí passa tranquil. Torne a casa, treballe un poc amb la tesi davant l'ordinador, cuine alguna cosa i espere el meu company per dinar. Fem una migdiada, la meua més llarga que la d'ell: diuen que els ansiolòtics que em prenc fan venir son, i jo dorm sense remordiments amb eixe pretext.

A les 17:00h sona per segona volta en el dia el despertador. Em dutxe i em vist de pressa perquè entre al bar a les 18:00h. Esta vegada m'arregle un poc més, sobretot per mi, no m'agrada veure'm en pijama o xandall tot el dia. Com cada vesprada que em toca treballar, Fran m'acompanya al bar. Faig alguns avanços, trossets caminant sola, però encara no puc anar sense companyia a Russafa. No passa res, són sols 10 minuts per a ell, em diu, però per a mi semblen 10 quilòmetres.

Durant eixos 10 minuts em sent tranquil·la, llevat d'alguna que altra sensació de por i irrealitat quan creuem l'immensa avinguda d'Ausiàs March: "*el cruce de la muerte*" li dic jo, i la psicòloga sempre riu.

Les cinc o sis hores que passe treballant al bar les passe bé. M'agrada estar amb gent, m'agrada relacionar-me i m'encanta sentir-me útil i normal. Les meues companyes i companys saben el que em passa i em sent segura amb elles i ells. És la 01:00h a.m quan tanquem. Com que ningú viu a prop de casa meua cride per telèfon o pare un taxi. A l'acomiar-me li dic a la meua companya que estiga pendent del mòbil per si em passa alguna cosa. És el que em dona seguretat en este moment.

M'agraden les taxistes i els taxistes que em parlen perquè em passa més ràpid el trajecte: els pregunte com va la nit i els conte jo la meua. Sent el caloret del taxi en la meua cara i les meues mans gelades i a vegades aconseguisc, fins i tot, oblidar-me que vaig sola.

Puge a l'ascensor cansada i llevant-me ja la roba per a fer-ho ràpid. Xuxo em rep movent la cua, l'abrace, em pose el pijama i em gite al sofà. Necessite uns minuts abans de ficar-me al llit: uns minuts en analitzar com ha anat el dia, en què sentir-me decebuda pel que no he pogut fer per l'agorafòbia i en prometre'm que algún dia (potser demà) serà millor.

Robert Merton i Elinor Barber (2004) anomenen el patró de serendipitat en la investigació empírica a l'observació o descobriment afortunat i inesperat que es produeix de manera accidental o casual quan s'està buscant una cosa distinta, un descobriment que es converteix en l'ocasió per a desenvolupar una nova teoria.

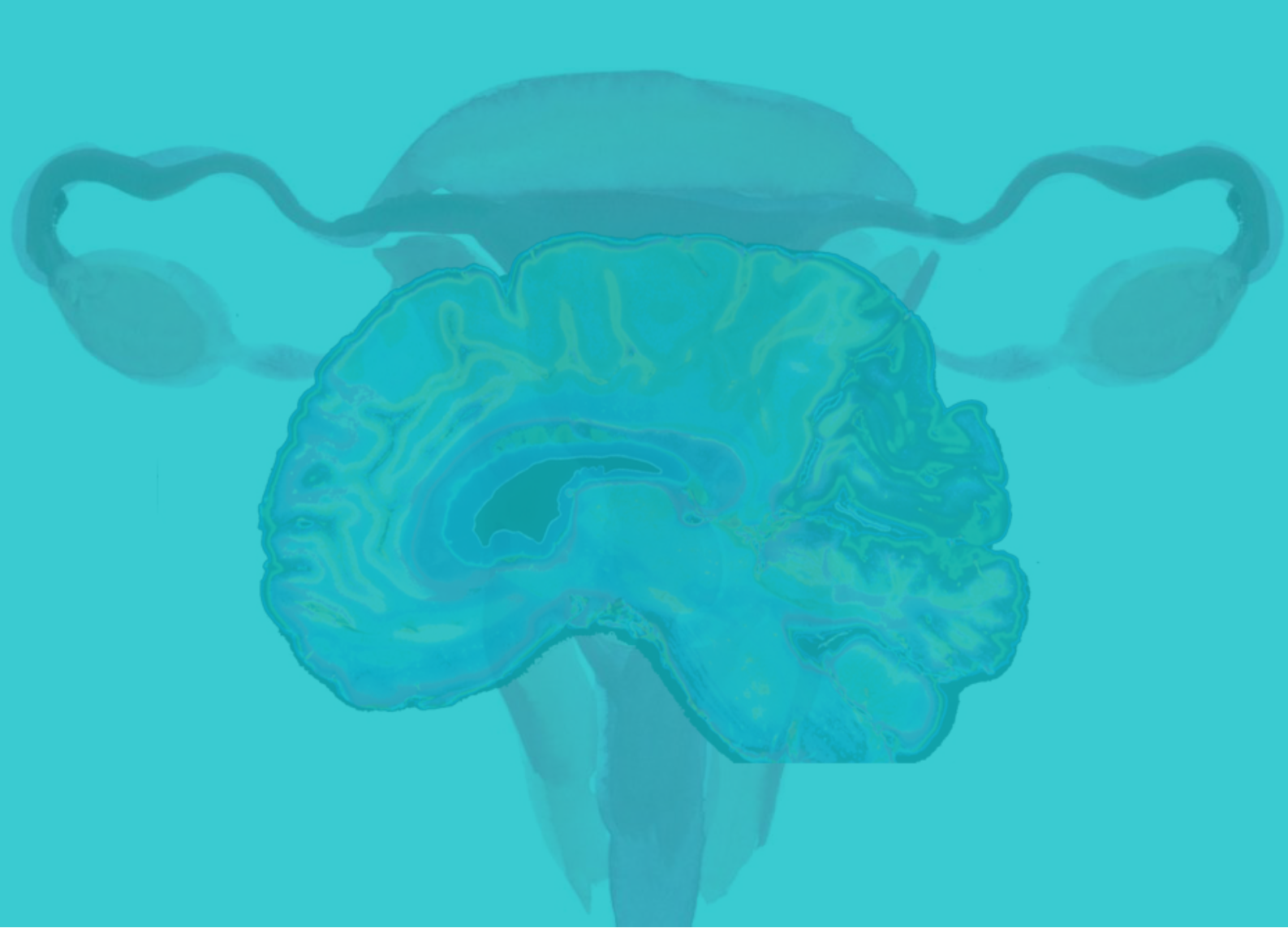
Aquesta que escric ara no havia de ser la meua tesi, de cap de les maneres, no era eixa la meua intenció quan em vaig matricular al curs de doctorat. Jo havia de fer una tesi sobre la construcció social de les sexualitats femenines, no sabia exactament com, però tenia més o menys clar el tema. Durant el segon any de doctoranda els meus directors em van demanar fer una introducció posicional/personal situant-me en eixa temàtica. De sobte en eixe escrit emergeix de casualitat, sense cap premeditació, un sentiment que portava dins i comence a escriure sobre la meua sexualitat agorafòbica medicalitzada. En eixe moment, i per coses del destí, per a les que creguen en ell, ix l'agorafòbica que habita en mi per a ja no saber o poder (o voler) amagar-se més. En llegir el meu escrit, Arantxa i Oscar, els meus directors, ho van veure clar: açò és la teua tesi Assumpta, em van dir, i jo, amb el vertígen indescriptible d'endinsar-me en una part de mi angoixant i dolorosa, ho vaig acceptar. Què és sinó la serendipitat? En un exercici autoempíric en què buscava quelcom diferent vaig descobrir el germen del que hui és aquest treball.

Amb l'afirmació dels meus directors del fet que aquesta era la meua tesi i amb l'assumpció per part meua del repte, comencen a amuntegar-se al meu cap idees i records abstractes i inconnexos per a mi: l'afirmació d'un psiquiatra que em va dir que l'agorafòbia era "el mal de les dones", teràpies d'exposició en centres comercials i supermercats, xarrades amb les meues amigues sobre la por que ens fa anar a soles pel carrer de nit, medicaments i més medicaments que em "permeten" eixir al carrer però que no em deixen dormir bé, menjar i follar... I una pregunta em torna i retorna una i altra vegada: quina és la vida normal d'una xica de la meua edat que em promet la biomedicina amb la meua recuperació?

Totes aquestes idees, pensaments i raonaments necessiten una explicació i connexió estructural: tenen aquestes idees alguna relació? quina? per què? I tota aquesta potencial narració, alhora, necessita accions individuals (i col·lectives) per poder aterrar i articular-se en la pràctica: qui protagonitza aquest possible relat? com? i, de nou, per què?

Visc en moltes categories distintes. A més d'agorafòbica soc moltes altres coses, entre elles sociòloga i exestudiant d'un màster de gènere. La principal preocupació analítica d'aquest treball era com ser capaç d'enfrontar la meua experiència des de la sociologia quan ser agorafòbica no em capacita de per si a construir coneixement sociològic sobre l'agorafòbia. Per a això he hagut de prestar tot el meu coneixement experiencial sobre l'agorafòbia a la cerca de la construcció sociològica d'un nou coneixement científic.

D'aquest préstec obligat per la preocupació abans esmentada naix alhora la principal motivació analítica que ha mogut el procés d'aquesta tesi, això és, la ferma i esperançada creença en què la meua posició marginal ben formulada i construïda sociològicament pot contribuir humilment a obrir debats, qüestionar i qüestionar-se, a veure més enllà i sagnar les nostres vides de la part personal a la política, passant, en aquest cas, per l'acadèmica.



01

Marc Teòric

1.1. Biomedicina

“el enfermo no es anormal por ausencia de norma sino por incapacidad para ser normativo” (Canguilhem, 1971, p. 141)

La biomedicina esdevé la ciència encarregada de la descripció i gestió dels nostres cossos, una competència assolida i legitimada per l'autoritat que detenta des de finals del segle XVIII i principis del segle XIX. Aquesta descripció i gestió prendrà per a Michel Foucault (1977) la forma de control dels cossos gràcies al poder social de la medicina, un poder que Foucault conceptualitzarà com a “biopoder” i que marca, encara hui com fa dos segles, les estratègies per les quals es mou aquesta institució.

En aquest capítol veurem com es desplega aquest control corporal, que és un control social, en el camp de la psiquiatria, definint i descrivint què és allò que es considera normal i anormal, una definició que, com veurem, té més de política que no pas de biologia, una descripció que ens parla d'ordenament social més que d'ordre natural, i de la qual les teories socials tindran molt a dir.

1.1.1. Biopoder i Biopolítica en el discurs mèdic psiquiàtric

El control social dels cossos esdevé per a Foucault una de les característiques axials de la medicina del segle XX, un control social, però, que s'inaugura amb el poder disciplinari al segle XVIII. Així, com sosté aquest mateix autor:

Podría afirmarse que en la actualidad está surgiendo lo que en realidad ya se venía preparando desde el siglo XVIII, es decir, no una teocracia sino una somatocracia. Vivimos en un régimen en que una de las finalidades de la intervención estatal es el

cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud, etc. (Foucault, 1976, p. 46).

El cos, lloc d'actuació del poder disciplinari, es constitueix a partir del segle XVIII en territori per al control polític i ideològic. El poder, aleshores, passa a estar situat i exercit en el l' àmbit de la vida donant lloc al que l'autor teoritzarà com a biopoder. El biopoder, un dels conceptes més famosos i productius, amb el doble sentit que l'adjectiu "productiu" juga en aquesta frase i que anirem descobrint al llarg del present capítol, d'aquells desenvolupats per Foucault, serà utilitzat per aquest per a referir-se a la pràctica dels estats moderns d'explotar diverses tècniques i estratègies per subjugar els cossos i controlar socialment les poblacions. Amb els cossos i les poblacions com els dos principals objectius del biopoder, històricament aquest s'ha desenvolupat en dos formes que no són ni antitètiques ni mútuament excloents. La primera, anomenada anatomopolítica del cos humà, fa referència a l'administració i regulació del cos a partir de tècniques disciplinàries i individuals. La segona, la biopolítica de la població, en un àmbit més ampli, es refereix a la regulació de l'espècie i la gestió de la vida mitjançant controls poblacionals tals com pràctiques polítiques i observacions dels problemes de natalitat, longevitat, salut pública, vivenda, migració, etc. (Caponi, 2015a).

Com ens descobreix el terme "biopolítica de la població", un concepte inherent al biopoder és la biopolítica. Si el biopoder és una forma de poder, la biopolítica és la implantació d'este poder en el govern i la gestió dels individus i les poblacions, això és, la forma que pren el biopoder com a estratègia de govern. Va ser a una conferència realitzada al 1974 en la *Universidade do Estado do Rio de Janeiro* quan Foucault va anomenar per primera vegada el concepte de biopolítica (Caponi, 2009). A partir d'aquest concepte, el poder que pren forma en els cossos es generalitza i s'estén de la dimensió microindividual a la macropoblacional, un poder que en paraules de Foucault (1979):

[...] está en todas partes; no es que lo englobe todo, sino que viene de todas partes
[...] no es una institución, y no es una estructura, no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados: es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada (p. 113).

Dos dels autors que des de l'antropologia i la sociologia millor han treballat els conceptes de biopoder i biopolítica de Foucault són Paul Rabinow i Nikolas Rose. Per a aquests autors la biopolítica parla de formes de coneixement, de règims d'autoritat i de pràctiques d'intervenció sobre la base d'aquest coneixement i d'aquesta autoritat (Rabinow i Rose, 2006). Així, el pas que va de les formes de coneixement a les pràctiques d'actuació avalades per l'autoritat de què ens parlen aquests autors és possible a partir de l'aliança que Foucault anomena saber/poder. Però si, d'acord amb aquest saber/poder, els sistemes moderns de coneixement classifiquen els individus en categories i aquestes explicacions de la realitat són interioritzades amb tècniques de disciplina social que aconsegueixen controlar els seus cossos, és gràcies a l'obstinació d'institucions socials com la medicina, la psicologia o la criminologia (Grau-Muñoz, 2012).

Fins ara hem esmentat¹ alguns conceptes clau per entendre el biopoder i la biopolítica com ara el control dels cossos i de les poblacions o la matriu saber/poder, però cal que situem un poc més aquests conceptes i tractem de portar-los al context que ens ocupa en aquesta tesi, això és, el context mèdic, en especial el context psiquiàtric. En pro d'aquest emplaçament destacarem dos característiques del biopoder que considerem imprescindibles a l'hora de comprendre com actua aquest poder en les nostres societats occidentals actuals en les dimensions macro/meso i micro que concerneixen al nostre estudi. La primera característica, que identificaríem amb l'àmbit macro/meso, ens mostra un poder al servei no ja sols del nivell més general dels Estats, com es va conceptualitzar en un principi, sinó ubicat també en institucions subestatals com són la institució mèdica (Rabinow i Rose, 2006). La segona característica ens parla del biopoder no com una entitat unitària i visible orientada a la dominació i la subjugació, sinó més aviat com una relació estratègica en forma d'organització social l'ordre de la qual és mantingut tàcitament (Grau-Muñoz, 2012), un poder per a produir eixe ordenament que no és sols repressiu sinó principalment productiu, productor de coneixement i de subjectivitats també en una escala micro.

Va ser a les conferències realitzades en el *Collège de France* entre 1970 i 1980 on Foucault va aunar els seus estudis sobre el biopoder i la biopolítica amb el seu interès per la institució

¹ Tot i que aquest és un treball nascut d'una experiència en primera persona, en molts moments es podrà observar com parle en plural. Aquest registre inclusiu esdevé absolutament deliberat donat que més que una investigació individual, aquesta ha estat en molts moments col·lectiva. Són varies les persones de les quals m'he nodrit per a fer-la possible i considere aquest treball tant meu com seu.

mèdica, en concret per la institució psiquiàtrica, ocupant-se de tractar de comprendre de quina manera coneixements com la psiquiatria estableix formes de governar les persones, això és, com la psiquiatria esdevenia una estratègia mèdica biopolítica. El que l'autor va exposar en aquestes conferències va ser l'emergència d'una nova configuració epistemològica del saber psiquiàtric ocorreguda en la segona meitat del segle XIX. Una nova configuració epistemològica que va possibilitar la construcció del que l'autor anomenarà com a una psiquiatria ampliada dedicada a tractar, ja no tant l'alienació mental com feia la psiquiatria clàssica, sinó fonamentalment dedicada a medicalitzar i psiquiatritzar les més variades conductes quotidianes, una psiquiatria emmarcada en el que Foucault conceptualitzarà com "la medicina de lo no patológico" (Foucault, 2001).

Rabinow i Rose proposen que, perquè una estratègia, activitat o actuació pugui ser considerada com a biopolítica hui en dia ha d'incloure necessàriament, almenys, els següents elements²:

- a) One or more truth discourses about the 'vital' character of living human beings, and an array of authorities considered competent to speak that truth (...).
- b) Strategies for intervention upon collective existence in the name of life and health, initially addressed to populations that may or may not be territorialized upon the nation, society or pre-given communities, but may also be specified in terms of emergent bioso- cial collectivities, sometimes specified in terms of categories of race, ethnicity, gender or religion, as in the emerging forms of genetic or biological citizenship.
- c) Modes of subjectification, through which individuals are brought to work on themselves, under certain forms of authority, in relation truth discourses, by means of practices of the self, in the name of their own life or health, that of their family or some other collectivity, or indeed in the name of the life or health of the population as a whole (...). (Rabinow i Rose, 2006).

² Aquests tres elements proposats per Rabinow i Rose (2006), tot i presentar-se separats aquí, conformen entre ells uns lligams fonamentals per a poder entendre l'abast i la complexitat del concepte de biopoder, quelcom que apareixerà molt més clar a mesura que aprofundim en cada una de les característiques.

Als següents subapartats tractarem de veure, a partir de les anàlisis de la psiquiatria efectuades per Foucault i plasmades en els seus treballs que s'ubiquen durant els anys 70 i 80 del segle XX i, sobretot, de les revisions, interpretacions i ampliacions d'aquestes anàlisis que fa Sandra Caponi de manera destacable en les seues obres *Locos y degenerados* (2015), *Biopolítica e medicalização dos anormais* (2009), *Biopolitics and psychitrization of life* (2015), *O DSM-V como dispositivo de segurança* (2014) i *Between the government of self and others: a psychiatric self-hermeneutics* (2016), i que resituen les teories foucaultianes en l'actualitat, com s'adeqüen les tres característiques de Rabinow i Rose (2006) exposades abans (i la seua interrelació) a una genealogia psiquiàtrica que marcarà el que esdevé aquesta disciplina en l'actualitat.

Foucault (2001) situa en el *Tratado sobre las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana* de Bénédicte Morel, escrit l'any 1857, els inicis del que ell anomena com a psiquiatria ampliada, això és en el llenguatge que ens ocupa a nosaltres, el moment a partir del qual podem començar a parlar de la psiquiatria com a activitat mèdica biopolítica. A partir de la publicació de Morel es configurarà un nou mode de pensar les malalties mentals que inclou, juntament amb els deliris i les alucinacions, un conjunt de comportaments i de característiques físiques considerades com una desviació patològica de la normalitat (Caponi, 2015a). Aquesta nova manera de pensar les malalties mentals es traduirà en la pràctica en un nou mode de classificar-les i, per tant, en un nou mode de tractar-les i/o curar-les intervenint sobre els individus.

La nova psiquiatria, a la qual Foucault caracteritzarà com a medicalitzadora del no-patològic, s'instituirà prenent com a eix de treball la figura dels anormals, i la degeneració haurà de ser la peça teòrica que permeta la medicalització d'aquests anormals. A partir d'ara, "l'anormal" portat al terreny de la medicalització passarà a convertir-se en "el degenerat"³.

Si la normalitat és allò que hauria de ser, allò que es desitja que siga, la norma és la que fixa les coses normals com a tals a partir d'una decisió normativa. Llavors, unit al concepte de normalitat apareix el concepte de norma i, per tant, per entendre com la teoria de la

³ Sempre que en aquest treball parlem exclusivament en masculí es deurà al fet que prenem literalment les expressions de les autores o els autors referenciades o referenciats en eixos moments del text.

degeneració fixa el que esdevé normal ens serà necessari dirigir la nostra atenció a la normativització que es deriva d'aquesta teoria psiquiàtrica.

La teoria de la degeneració va aconseguir conceptualitzar les malalties mentals d'una manera totalment novedosa respecte a com ho feia la psiquiatria clàssica, una manera de la qual, com veurem, la psiquiatria actual encara és deutora. Així és com els símptomes van passar a ser les síndromes i com es va començar a parlar de malalties mentals en termes de "síndromes de degeneració". Entre les principals "síndromes de degeneració" que Foucault identificarà en aquesta medicalització del no-patològic durant el segle XIX està l'agorafòbia, juntament amb la claustrofòbia, l'exhibicionisme, la cleptomania, el masoquisme o l'homosexualitat (Foucault, 2001).

1.1.1.1. Règims de veritat

Un concepte clau per entendre la teoria de la degeneració de Morel i, per tant, per entendre com una conducta en principi i *a priori* individual i que afecta un sol individu es converteix en un perill social per a la població, un perill al qual cal fer front, és el concepte d'herència utilitzat per aquesta teoria (Foucault, 2001). La teoria de la degeneració parla d'un tipus concret d'herència, l'herència indefinida. Aquesta herència consisteix en la possibilitat de sorgiment i multiplicació de qualsevol anomalia en qualsevol individu en el cas que un familiar d'aquest individu siga declarat i identificat com a degenerat o anormal. Un individu anormal, tot i no ser considerat com a portador d'una malaltia concreta, sí que serà considerat com a potencialment transmissor d'un nombre il·limitat de patologies als seus descendents i per això, justament pel seu perill potencial cap a la resta de la població successiva és pel que caldrà identificar-lo i tractar-lo. A més de l'herència, diguem interna, aquesta teoria també considera la possibilitat de degeneració a partir de causes externes com són les condicions laborals i ambientals, així com la ingesta abusiva d'alcohol.

Una altra característica de la degeneració que reprendrem com a decisiva per a l'explicació del següent apartat, però que cal esmentar ja aquí, és aquella que dictava que el subjecte degenerat, pràcticament sense excepció, era considerat com a incurable. Incurable no significa, però, intractable, i és que si no en la terapèutica, sí que serà en la prevenció en la

qual psiquiatres i metges legitimen les seues actuacions i les seues intervencions sobre els individus degenerats.

Com explica Caponi (2015a), tot i que la degeneració dels organismes ja estava present abans del segle XVIII en discursos naturalistes com els de Georges Louis Leclerc “conde de Buffon”, aquesta degeneració “més naturalista” serà transformada al segle XVIII per Jean Pierre George Cabanis amb el seu establiment d’una relació entre la degeneració dels organismes i el discurs de l’anatomopatologia. L’anatomopatologia, ciència per excel·lència en l’estudi del cervell, es convertirà en crucial per a teòrics com Morel que, hereu dels estudis de Cabanis, centrarà les intencions de la seua teoria en la possibilitat de trobar en el cervell lesions que es repetisquen de generació en generació. Per a Morel, llavors, la degeneració apareix com a resultat d’influències mòrbides, d’ordre físic o moral, i la causa general que necessàriament apareixerà en tots els casos de degeneració, siga com a element predisponent o com a efecte de causes externes, és la transmissió hereditària. Si Morel parla d’ordre físic i moral ho fa sempre a partir del caràcter inseparable d’ambdós, això és, dels nostres pensaments morals i del nostre organisme o, com diu el psiquiatra, “de la nostra ànima i el nostre cos” (Morel, 1857 citat en Caponi, 2015a, p. 87).

Arribem ací a la base per entendre el primer element dels exposats per Rabinow i Rose (2006) requerit si volem designar en l’actualitat una activitat com a biopolítica. El discurs psiquiàtric produeix i reproduïx des de Morel un coneixement vital sobre els individus basat en la biologia i fonamentat al mateix temps en l’explicació de les conductes i els comportaments des de l’anatomia i la cerebralitat, i des de l’herència, i a continuació veurem com aquesta pràctica s’ha mantingut al llarg dels anys fins a l’actualitat.

Anys després de la mort de Morel, el concepte de degeneració es revalorarà gràcies a la tasca realitzada pel psiquiatra francès Valentin Magnan i els seus seguidors. Magnan, com a figura central de la psiquiatria francesa i president durant una dècada de la *Société Médico-Psychologique* de Paris, quelcom equivalent en aquella època al que ara seria l’*Associació de Psiquiatria Americana (APA)*, va liderar la primera classificació mundial de malalties mentals publicada l’any 1889 que prenia com a base explicativa-causal d’aquestes malalties mentals l’herència i les explicacions anatomopatològiques llegades per Morel.

Mentre que Morel va moure tota la seua teoria en el plànol de l'especulació, Magnan, influenciat pels avanços recents i el prestigi assolit en eixos anys per la medicina clínica, es va preocupar per enfocar la degeneració molt més en el plànol de la classificació. Així, des d'eixe àmbit més clínic, potser el seu principal aconseguint va ser l'establiment d'una nova definició patològica anomenada "patologies degeneratives" (Magnan, 1893) dins de la qual agruparia totes les anteriors patologies hereditàries estudiades per Morel. Una nova definició que en l'àmbit més pràctic es va traduir en una ampliació del nombre de malalties mentals assumides per la classificació psiquiàtrica.

Arran d'aquesta nova definició Magnan va publicar l'any 1893 el que va ser el seu treball principal anomenat *Recherches sur les centre nerveux*. En aquest treball el psiquiatra publicava una taula sinòptica en què exposava les "patologies degeneratives" en ordre descendent de gravetat. El primer lloc de la taula estava ocupat per la idiotesa, la imbecil·lilitat i la debilitat mental. Al segon lloc apareixien les anomalies cerebrals i al tercer les síndromes episòdiques hereditàries. Dins d'aquestes síndromes episòdiques hereditàries, en el lloc onzé ubicava el psiquiatra l'agorafòbia, la claustrofòbia i la topofòbia (Magnan, 1893). La característica principal que vincula tots els degenerats de Magnan és el seu impuls irresistible per a cometre determinats actes al marge, fins i tot, de la seua voluntat, és a dir, actes que els mateixos malalts rebutgen però que se'ls imposen com a una íntima obligació. En aquest punt, com assenyala Caponi (2015a, 2015b), la psiquiatria estableix un revelador lligam amb l'ordre social i, sense perdre la importància que en la degeneració ocupa la referència a un tipus "normal" d'humanitat, d'un tipus ideal de comportament "normal" dictat per Déu que defensava Morel passem a un model decretat per allò que és socialment desitjat. Una altra característica que defineix "la locura de los degenerados" dins de la qual Magnan situa les síndromes que descriu en la seua taula i que es manté inalterada des de Morel, és el seu caràcter hereditari i la seua incurabilitat (Magnan, 1893).

Va ser el prestigi assolit per Magnan a escala mundial com a president de la que aleshores era l'associació psiquiàtrica amb més nom en l'àmbit internacional el que va permetre que les seues definicions i classificacions es traduïren en un vertader programa d'investigació destinat a psiquiatres i metges de tot el món. En el cas de l'Estat espanyol, per exemple, les idees degeneracionistes van deixar una important empremta en la criminologia i la higiene social del període de la restauració (Campos, Pérez i García-Alejo, 2000).

Durant les primeres dècades del segle XX sembla que el discurs de la degeneració desapareix de la psiquiatria, però potser no es tracta d'una desaparició sinó més aviat d'una transformació i una adaptació als aires més moderns que colpegen la medicina en aquesta època. Així, de manera transformada, però, la relació entre patologies psiquiàtriques i herència o l'interés per la localització cerebral continuaran intactes entre les aspiracions dels psiquiatres en aquest període. Un paper decisiu el jugarà en aquests temps el psiquiatra Emil Kraepelin, considerat hui en dia com el pare de la psiquiatria moderna i influent màxim de la psiquiatria actual. Però, quins punts en comú uneixen el pare de la psiquiatria en què vivim actualment amb degeneracionistes com Morel o Magnan? Com de lluny o de prop es troba, aleshores, la psiquiatria actual de la degeneracionista?

Kraepelin va destacar per defensar des del punt de vista mèdic allò que Volker Roelke (1997) ha anomenat, en la seua anàlisi sobre la neurastènia de principis del segle XX, com a "biologizing social facts". En la mesura en què el psiquiatra considerava fets socials com les demandes socials acumulatives o la incapacitat per a complir amb les tasques referides com a possible punt de partida del sorgiment d'algunes degeneracions, estava establint una relació entre malalties mentals i factors socials ja present en els pensaments de molts psiquiatres del segle XX, però a diferència d'aquells que podien veure les malalties mentals com a conseqüència o causa social, els lligams que Kraepelin estableix entre malaltia mental i fets socials es mouen en la mateixa línia inaugurada pels teòrics de la degeneració. D'aquesta manera, perquè un fet social constituïska un punt de partida per al sorgiment de determinades degeneracions en un individu, aquest fet social ha d'actuar sobre una constitució biològica deficient o debilitada i estarà, aleshores, la relació entre patologia i factors socials sempre mediada per fenòmens biològics anàlegs als identificats per Morel o Magnan dècades abans (Caponi, 2015a).

Entre les continuïtats principals que Kraepelin fixarà amb els seus antecessors degeneracionistes està la importància de l'herència en la transmissió de la malaltia mental, la localització cerebral del desviament, la consideració de les patologies mentals com a evolutives i l'interés en la prevenció a causa de la consideració de la irreversibilitat d'aquestes (Caponi, 2015a). A banda d'aquestes estabilitats, Kraepelin, com Magnan, es va preocupar de treballar per una classificació de les malalties mentals tan científica com aquelles que

describien les patologies biològiques clíniques. Amb el fonament posat en els estudis d'anatomopatologia cerebral, Kraepelin també va aportar novetats al llegat de la degeneració a partir dels seus estudis estadístics i la utilització d'aquests en treballs comparatius entre poblacions.

Amb aquests avanços inaugurats per Kraepelin començarà una nova manera d'entendre la psiquiatria moderna que l'assimilarà amb la científicitat mèdica més ferma. En la cinquena i sisena edició del seu tractat els anys 1896 i 1899 respectivament, Kraepelin va establir la nosologia que dominaria la psiquiatria al llarg de tot el segle XX fins a l'actualitat, una nosologia en la qual la noció de malaltia com a estat serà substituïda per la de malaltia com a procés (Barcia Salorio, 2000), substituint-se al seu temps el concepte més tradicional de degeneració pel de constitucions psíquiques o predisposicions hereditàries (Caponi, 2015a).

A la mort de Kraepelin li succeiran dècades en què el discurs degeneracionista romandrà oblidat com a conseqüència de l'influx que la psicoanalítica assolirà en la psiquiatria d'aquells anys. Anys d'oblit que acabaran amb l'aparició als anys 70 del segle XX d'un grup de psiquiatres de la *University of Washington* capficats a recuperar per a la psiquiatria l'objectivitat científica que estaven convençuts que li aportava la psiquiatria biològica. El psiquiatra Gerald Klerman va batejar eixe grup amb el nom de neokraepelinians a partir dels lligams que, segons ell, unien aquest nou grup de psiquiatres amb el pare de la psiquiatria moderna, lligams que per a Klerman demostren un interès en la recuperació i reafirmació de les antigues tesis de Kraepelin i un rebuig cap a les idees de Sigmund Freud en la psiquiatria (Zachar, 2000). En aquesta línia;

Klerman claims that this movement (the Neo-kraepelinians) is exemplified by a concern with psychiatry as a branch of medical science, a commitment to the importance of systematic diagnosis, a belief in the qualitative difference between those who are sick and those who are healthy, and an intention to discover the biological basis of mental illness (Zachar, 2000, p. 36).

D'aquesta manera, amb els neokraepelinians tornen les explicacions endògenes, hereditàries i cerebrals de les malalties mentals i, fonamentalment, s'inaugura una nova creuada que dura fins a hui dia en contra de la presència del que es considera com a no-biològic en la

psiquiatria i en pro d'una classificació internacional, fiable i objectiva de les malalties mentals a partir dels postulats de les ciències biològiques i mèdiques. Amb aquest ciment, les dues característiques principals que definiran a aquest grup de psiquiatres, característiques que arriben fins als nostres dies i que trobem en qualsevol llibre de psiquiatria actual, són la identificació i classificació sistemàtica de les síndromes, ocupant un interès especial la descripció de les possibles causes d'aquestes, i la confiança en els avanços de les investigacions biològiques, principalment en l'àmbit de la genètica (Zachar, 2000).

1.1.1.2. Formes de govern

Ja hem ubicat anteriorment el naixement de la biopolítica en el segle XVIII. Foucault (1977) correspon aquest naixement amb el moment en què el dret de mort que caracteritzava el poder sobirà dona pas a un tipus de poder consistent en la gestió calculada de la vida dels individus, i distingeix aquesta forma d'exercici del poder d'altres d'acord amb la idea del “fer viure i deixar morir” contrari al “fer morir i deixar viure” propi de les monarquies absolutes.

En la modernitat el “fer viure i deixar morir” es manifestarà, també en l'àmbit de la medicina, principalment a partir del poder disciplinari. Amb tot, però, serà el pas del poder disciplinari modern a un discurs ja no referent als individus sinó als grups humans allò que marcarà els inicis d'una psiquiatria de la qual l'actual és deutora (Caponi, 2015a), una psiquiatria amb unes noves formes d'intervenció sobre els individus que encara arrosseguem hui en dia. Com sabem, el nom que dona Foucault a estes estratègies de poder destinades als grups i ja no sols als individus és el de “biopolítica de les poblacions”, i en l'àmbit psiquiàtric serà l'aparició de la teoria de la degeneració de la qual parlàvem en l'apartat anterior, la que determinarà eixes noves formes de govern ocorregudes a partir del desplaçament del poder disciplinar a la biopolítica de les poblacions.

Els teòrics de la degeneració canvien completament les maneres d'actuar sobre els pacients que tenien els psiquiatres clàssics. Si aquests psiquiatres clàssics entenien l'abast de la malaltia mental en unes dimensions individuals, actuaven d'acord amb açò, i d'ahí el poder destinat en la psiquiatria clàssica a l'internament dels malalts en els asils: la malaltia era considerada individual i, per tant, l'actuació disciplinar sobre l'individu que la patia consistia

en el seu aïllament i tancament. Amb els degeneracionistes les malalties ja no afecten individus solts sinó poblacions senceres, poblacions ara considerades perilloses a partir de l'element de l'herència. En el moment en què es passa d'una malaltia individual "tallable" amb l'aïllament a una malaltia amb una causa "corroborada" que pot transmetre's i estendre's a través de l'herència, les intervencions canvien radicalment i del tractament individual es passa a la intercessió poblacional (Caponi, 2015a).

Un punt clau, que ja anticipàvem en l'apartat anterior, per entendre el funcionament d'aquesta nova forma de govern biopolítica destinada a les poblacions que s'inicia amb Morel, és la consideració per part dels teòrics de la degeneració de la incurabilitat de la malaltia mental. Si el degenerat és considerat com a incurable ja no tindrà sentit esforçar-se en el seu tractament, en la terapèutica, sinó que on s'hauran de centrar ara els esforços serà en la prevenció. Aquesta estratègia biopolítica no pretindrà curar els desviaments sinó anticipar l'emergència del perill, i a partir d'ahí prenen sentit les estratègies higièniques i eugèniques sorgides als segles XIX i XX amb l'objectiu de controlar les famílies degenerades i anormals. Així va ser com determinats individus i determinades races considerades com a degenerades van esdevenir durant aquests segles obstacles per a la correcta continuïtat de la societat i es va necessitar intervenir sobre elles, així va ser com va sorgir un nou tipus de racisme diferent a l'ètnic, un racisme contra els anormals (Foucault, 2001).

D'aquesta manera, com ens diu Caponi (2009), parlar de biopolítica de la població suposa parlar d'un procés que presenta dos cares. Per una banda, la cara més positiva del domini d'allò que és vital, del domini de la natalitat, la salut, la mortalitat o la reproducció, un domini que sent considerat fins ara com a eminentment privat, ingressarà en l'esfera de l'àmbit social i polític. Drets assolits com els de les dones, els xiquets, els treballadors o el reconeixement dels drets bàsics a l'alimentació o l'assistència fan referència a aquesta cara positiva de la biopolítica. Però per altra banda existeix una cara més obscura d'eixe mateix procés, la cara que anomenàvem més amunt representada per les polítiques higièniques, eugèniques o psiquiàtriques desenvolupades en els segles XIX i XX. Polítiques que, amb l'objectiu de millorar la població i la raça, van multiplicar les conductes considerades com a anormals i van exigir la seua intervenció i gestió mèdica, això és, noves formes de govern sobre les poblacions degenerades.

Si, com déiem abans, ja no es tracta de curar sinó d'anticipar i de previndre les conductes i els comportaments que posen en perill el bon funcionament de les poblacions, les estratègies de poder utilitzades ara seran estratègies de control social, estratègies en pro del manteniment de l'ordre social. Tenir com a funció treballar per mantenir l'ordre social i la seguretat de la població dotarà d'un poder immens en la gestió biopolítica a les forces de poder encarregades de portar a terme aquest control i aquesta seguretat, entre elles la institució mèdica i psiquiàtrica. Apareix, així, una mirada mèdica centrada en la valoració dels fets socials sobre la base de la seua perillositat o acceptabilitat, d'acord amb la seua normalitat o desviació.

El més important en aquest punt, i per entendre el pas que es produirà des de la psiquiatria més degeneracionista i les seues formes biopolítiques de govern higièniques i eugèniques a la psiquiatria actual amb les actuals formes d'intervenció sobre els subjectes, és la importància del concepte de "risc i perill", un concepte psiquiàtric inaugurat pels mateixos degeneracionistes. Ja als cursos impartits per Foucault l'any 1976 dedicats a la problemàtica de la guerra de races, el concepte de "risc" apareixia com a element explicatori per a comprendre els dispositius de seguretat desenvolupats durant els segles XIX i XX per a anticipar els perills identificats en determinades races i grups de poblacions qualificats com a perillosos. A partir dels anys 1978 i 1979, però, Foucault reprendrà el concepte de "risc" aplicat a les formes de govern actuals en les societats neoliberals (Caponi, 2014). Així, al curs impartit l'any 1979 anomenat *Nacimiento de la biopolítica*, es pregunta l'autor com és possible garantir l'exercici de govern en les societats liberals i neoliberals, com governar una població composta per subjectes que es defineixen com a "*homo economicus*", és a dir, com a subjectes capaços de prendre decisions racionals per a aconseguir les metes desitjades, com és possible governar a aquests subjectes quan la vigilància externa i contínua exigida pel poder disciplinar ja no és ni suficient ni adequada. El veredicte de Foucault correspondrà a "la lògica del risc i la seguretat", i serà l'anticipació de riscos i la seguretat enfront d'aquests el vector principal al voltant del qual es governa als estats liberals i neoliberals (Foucault, 2009a) i, com afirma Beatriz Dávila, el principi de càlcul del cost de producció de la llibertat a aquests estats (Dávila, 2018).

A partir de Kraepelin, el considerat pare de la psiquiatria actual, les intervencions psiquiàtriques ja no pretendran regenerar la població a partir de mesures higièniques com

abans amb psiquiatres com Morel o Magnan, sinó que aquestes intervencions es centraran en legitimar diagnòstics que puguen previndre anormalitats i patologies. El continent es transforma però el contingut es manté i, per tant, la psiquiatria actual hereta l'obsessió per la prevenció del perill i l'evitació del risc de la biopolítica de les poblacions dels clàssics degeneracionistes però adaptada a les noves condicions. L'estratègia de poder de la psiquiatria actual centrada en l'anticipació de riscos serà designada per Foucault amb el nom de "dispositiu de seguretat" (Foucault, 2009a).

I com es porten a la pràctica aquestes formes de govern sobre els nostres cossos? La millor manera en què es fa visible com funciona la biopolítica dels comportaments quotidians o medicina del no-patològic, és a partir de l'aliança indissociable entre els règims de veritat i les estratègies de poder (Caponi, 2014). Tornem ací a la primera característica del biopoder enunciada per Rabinow i Rose (2006), i tractada en l'apartat anterior, esforçant-nos per recalcar que la relació i la imbricació entre les tres característiques és imprescindible per a poder entendre el funcionament de la psiquiatria com a estratègia biopolítica actual. Aleshores, allò que possibilita la intervenció i el govern psiquiàtric serà el discurs o discursos de veritat.

Caponi (2016) analitza en un dels seus articles com en l'obra *El gobierno de los vivos* Foucault opera un desplaçament en la manera tradicional d'articular el seu treball, tractant de desfer-se de la noció de saber/poder bàsica en la seua teoria biopolítica per a intentar elaborar la noció de govern per la veritat. L'autora no entén aquest desplaçament com una ruptura teòrica completa sinó més aviat com una nova estratègia explicativa que permet analitzar els diferents modes a través dels quals l'enunciació de certes veritats pot operar com a condició de possibilitat per a fer acceptables determinades maneres d'exercir el govern sobre els altres. La noció de govern amb la qual treballa Foucault i que analitza ací Caponi no es refereix de forma limitant al conjunt de decisions burocràtiques i administratives que els Estats utilitzen per a exercir el seu poder, sinó que fa referència principalment als mecanismes destinats a administrar i dirigir les conductes dels individus en diferents àmbits, una noció de govern que implica una relació del poder amb la veritat que opera en el camp de la política d'Estat, però també en el camp de la gestió de conductes quotidianes i d'institucions. Aquestes estratègies de govern lligades als règims de veritat vigents en cada temps i en cada societat, a més, tal com veurem en l'apartat 1.1.1.3., ja no operen sols des

de l'obligació sinó que basen gran part del seu èxit i dels seus aconseguints en la seua capacitat de modelar i introduir-se en la subjectivitat dels individus, per a fer d'ells subjectes activament disposats a l'exercici del govern sobre ells i amb ells.

Així, doncs, la consolidació de l'anomenada per Foucault com a psiquiatria ampliada en les societats occidentals ha comportat un tipus de govern distint del desenvolupat per la psiquiatria clàssica i, fins i tot, encara que amb herències determinants, dispar del desenvolupat pels degeneracionistes tradicionals. Un tipus de govern legitimat per uns moderns i concrets règims de veritat medicobiològics, un govern fonamentat en la previsió del risc que, a partir d'autèntics dispositius de seguretat legítims com el DSM, en termes foucaultians, estableix, possibilita i permet estratègies d'intervenció sobre aquesta seguretat com la prescripció farmacològica.

DSM i farmacologia apareixen separats en aquesta exploració que realitzem per un tema de facilitat i claredat analítica, però cal emfatitzar que ambdós formen part d'un mateix entramat d'intervenció i govern biopolítics en què un possibilita l'altre retroalimentant-se mútuament a favor de la prevenció de riscos: en què, com veurem a continuació, el DSM porta a la farmacologia i aquesta motiva i legitima el manual psiquiàtric.

1.1.1.2.1. El DSM com a dispositiu de seguretat

Les dues classificacions principals que funcionen a escala internacional com a models classificatoris o codificadors de diagnòstics mentals són el CIE (*Clasificación Internacional de Enfermedades*) editat per l'*Organització Mundial de la Salut* (OMS) i el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) editat per l'*Associació de Psiquiatria Americana* (APA). Tot i que ambdues classificacions porten a les seues esquenes un llarg recorregut històric i amb els anys estan treballant per complementar-se i unificar criteris, fins a dia de hui ha estat la llista promoguda per l'APA el manual de referència per excel·lència per a la classificació i diagnòstic de malalties mentals en la psiquiatria occidental. Durant les últimes dècades, i encara hui, qualsevol psiquiatra davant un individu amb determinats símptomes recorre al DSM per a donar significat a eixos símptomes i per a actuar en conseqüència en forma d'un diagnòstic determinat i un tractament. Una referència que no sols es manté en l'àmbit més

purament biomèdic de la salut mental, sinó que travessa també a altres professionals com les psicòlogues i psicòlegs i les i els terapeutes.

Com assenyala Gerald Grob (1991), fins la Primera Guerra Mundial l'interés dels psiquiatres estava centrat en el diagnòstic però no passava per cap classificació sistemàtica de malalties. Amb una primera nosologia creada el 1918, va ser, però, el DSM-I publicat l'any 1952 el que va marcar una transformació patologitzadora dominada per la psiquiatria psicodinàmica i psicoanalítica en què la tradició biològica es presentava considerablement dèbil, una transformació resultant en gran mesura de les lliçons apreses durant la Segona Guerra Mundial que no sols reflectia la ideologia psiquiàtrica sinó sobretot el pes que els determinants externs van tenir en aquesta. Quan es publica per primera volta aquest manual, l'impacte i la influència de Freud en la psiquiatria era més que evident i les perspectives biològiques de la malaltia mental havien perdut tot el pes aconseguit fins al moment pels degeneracionistes.

Tant el DSM-I com el seu successor, el DSM-II, van fer pocs esforços per proporcionar esquemes de classificació elaborats ja que concebien els símptomes manifestos no com els concebem hui en dia, sinó com a reflexos de condicions dinàmiques subjacents àmplies o com a reaccions a problemes difícils de la vida (Mayes i Horwitz, 2005), el que significa que el diagnòstic en aquests dos manuals va exercir un paper marginal.

Si des del sorgiment del DSM-I fins a la dècada de 1960 la psiquiatria psicodinàmica comptava amb un prestigi extraordinari, almenys en la societat nord-americana (Grob, 1991), a partir d'aquesta dècada la seua legitimitat va començar a qüestionar-se, un qüestionament que va comportar necessàriament una revisió del manual aleshores en vigor. Són multitud les causes que les expertes i els experts han establert per a la revisió de la segona versió del DSM: el paper crític del "moviment antipsiquiatria" (Szasz, 1960) al qual es sumaran els qüestionaments de teòrics socials imprescindibles en aquells anys com Foucault o Erving Goffman cap a unes malalties mentals que consideraven mites; les pressions dels moviments homosexuals per a la despatologització de l'homosexualitat categoritzada com a malaltia en el DSM-II (Caponi, 2014); les pressions de les farmacèutiques per a l'establiment de criteris més clars i més rendibles (Reuter, 2001), o; l'augment de la demanda de serveis psiquiàtrics a

causa de la desinstitucionalització⁴ ocorreguda durant aquests anys (Mayes i Horwitz, 2005). Totes aquestes crítiques obligaran a la psiquiatria, i a l'APA com a institució internacional al capdavant d'aquesta disciplina, a revisar el seu manual de classificació i diagnòstic. En el que coincideixen, però, totes les autores i tots els autors esmentats és a assegurar que aquesta revisió que va tindre com a conseqüència la creació i publicació del DSM-III l'any 1980, va suposar una revolució en la trajectòria psiquiàtrica i el (re)començament d'una visió biològica de la salut mental que arriba fins l'actualitat.

La visió psicosocial va ser substituïda per una visió biològica, neurològica, cerebral i química. Els símptomes, i ja no les causes, van passar a ocupar un lloc principal, i els tractaments farmacològics van desbancar la teràpia de conversa i els canvis comportamentals (Mayes i Horwitz, 2005). Els protagonistes d'aquesta transformació, així com de les edicions posteriors d'aquest manual, seran els ja esmentats neokraepelinians, seguidors de Kraepelin convençuts de les possibilitats que ferramentes utilitzades des de la perspectiva psiquiàtrica biològica com els estudis estadístics poblacionals, els avanços en farmacologia i els estudis cerebrals tenien en l'explicació i prevenció de les malalties mentals.

Amb tot, tal com destaca un dels principals sociòlegs dedicats a l'estudi de la salut mental, Alan Horwitz (2002), encara que des de les teories socials s'ha atribuït majoritàriament el fenomen de la medicalització de les societats actuals a aquest canvi ocorregut en el pas del DSM-II al DSM-III, la medicalització no pertany sols a aquesta tercera edició sinó que ja es pretenia des del primer DSM. El que va fer el DSM-III és recategoritzar com a malalties discretes problemes que la psiquiatria dinàmica ja havia patologitzat.

Com sostenen altres autors com Allan Young (1995), perquè el canvi ocorregut del DSM-II al DSM-III fora possible, açò és, per a convertir la psiquiatria en una ciència mèdica, es va crear una classificació psiquiàtrica basada en tres idees: que els trastorns mentals s'entenen millor com a semblants a les malalties físiques; que la classificació dels trastorns mentals requereix una observació dels símptomes visibles en lloc d'un estudi de les causalitats no comprovades, i; que és la investigació empírica l'encarregada de demostrar els orígens orgànics i bioquímics dels trastorns mentals.

⁴ Per procés de desinstitucionalització Mayes i Horwitz (2005) entenen el procés d'alliberament de molts pacients psiquiàtrics interns en els hospitals de salut mental estatals durant llargs períodes de temps.

Des de l'edició del DSM-III, les revisions successives del manual han portat com a conseqüència cinc noves edicions: DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-R, DSM-IV-TR i DSM-5, totes elles hereves del paradigma neokrapelineà del DSM-III. A més, com hem assenyalat al principi, l'APA i l'OMS, amb els seus respectius manuals DSM i CIE, treballen amb la intenció de desenvolupar una base d'investigació comuna que pretenen que es porte a terme en les revisions dels seus dos últims manuals DSM-5-R i CIE 11.

Amb tot el que s'ha exposat, però, quin és exactament el paper que juga el DSM en tot l'entramat biopolític que analitzem? Caponi (2014) afirma que el DSM actua com a dispositiu de seguretat biopolític a partir de tres mecanismes: la centralitat de la regla i l'oposició entre normalitat i patologia, quelcom que possibilita la multiplicació de diagnòstics i la medicalització del no-patològic; els estudis estadístics referits als fenòmens vitals que caracteritzen les poblacions utilitzats com a estratègies diagnòstiques amb major pretensió d'objectivitat; i, fonamentalment, a partir de la problemàtica del risc-seguretat, això és, la idea de que és possible anticipar els riscos per a evitar l'aparició de futurs danys, una problemàtica que queda patent si observem el subíndex denominat *Risk and Pronostic Factors* que apareix en la descripció de cada patologia o de cada grup de patologies en el DSM-5.

El manual que funciona actualment, el DSM-5, ha revitalitzat i impulsat el discurs crític sobre el paper del diagnòstic en salut mental. La classificació actual, en aquesta línia de treball diagnòstica, és digna deixebra de la revolució produïda l'any 1980, el DSM-III, que va col·locar la psicofarmacologia en una trajectòria de creixement que diverses institucions (companyies d'assegurances, farmacèutiques, etc.) van acabar d'impulsar significativament a mesura que van respondre a les noves pautes de diagnòstic (Horwitz, 2002), assentant les bases del que anomenem ací com la instauració de la farmacologia com a l'estratègia d'intervenció psiquiàtrica més segura.

1.1.1.2.2. La farmacologia com a estratègia d'intervenció

D'aquesta manera, sols a partir d'un diagnòstic determinat descrit, classificat i extret, en la majoria dels cassos, a partir del DSM, un diagnòstic que dicte la necessitat d'una intervenció

sobre els riscos que el subjecte pot patir, la farmacologia apareix com l'estratègia d'intervenció més útil i satisfactòria per a tractar aquest subjecte.

Tot i que l'experiència biogràfica dels subjectes encara troba el seu lloc en algunes consultes mèdiques, potser perquè les esclertes psicoanalítiques no han desaparegut del tot, ni de lluny aquesta aconsegueix eclipsar el fonament neuroquímic de la malaltia. En el moment d'actuar i intervindre psiquiàtricament, el tractament per excel·lència consisteix en l'administració de psicofàrmacs i un ritual de consulta psicològica clínica periòdica com a instància de supervisió de l'estat de salut mental. En la base d'aquest tipus de tractament està, com sabem, la idea que les experiències psiquiàtriques diagnosticades esdevenen realitats patològiques que responen a mecanismes biològics i que, per tant, com a fenòmens naturals han de ser tractades.

Com hem esmentat abans, l'edició del DSM-III (i les posteriors), un manual basat en símptomes, va satisfer les necessitats de les companyies farmacèutiques de tenir malalties específiques per a tractar amb els seus productes, en altres paraules, les malalties basades en els símptomes van facilitar en gran mesura el paper en expansió dels tractaments farmacològics en psiquiatria (Horwitz, 2002).

Tot i que els antecedents històrics de la moderna indústria farmacèutica, entesa com a fabricació massiva de medicaments, es situen al segle XVII, Ángel Martínez Hernáez (2006) situa l'impuls definitiu d'aquest sector productiu en relació amb la conjunció de dos factors: el desenvolupament del capitalisme al segle XIX amb les seues vessants industrial i manufacturera, i l'èxit de la medicina de laboratori de la segona meitat del segle XIX, la qual va donar peu a la teoria bacteriològica i a la cerca incansable de remeis en forma de medicaments i vacunes com els antibiòtics. Aquests dos factors van fer de la farmacèutica un sector en contínua en expansió i una indústria que s'ha aconseguit situar com la segona del món en termes de concentració de capital. Però si un descobriment farmacològic ha aconseguit per a aquest autor encastellar la indústria farmacològica, aquest va ser el descobriment i posterior èxit fa poc més de 30 anys dels ISRS/ISRN, medicaments destinats al tractament de les més variades conductes quotidianes que amb l'auge continu de la medicalització del no-patològic han aconseguit enriquir el sector de la farmacologia d'un manera sense precedents. Així, l'èxit dels nous antidepressius coincideix amb la consolidació

d'un tipus d'assistència en salut mental que s'allunya dels models tradicionals, materialitzats en els sanatoris o manicomis i dirigits únicament a persones afectades per malalties mentals greus, un tipus d'atenció dirigida cap a la població general i cap als seus malestars quotidians davant el qual els antidepressius es tornen molt més fàcilment receptables.

Martínez Hernáez vincula el que ell anomena les estratègies biopolítiques i bioeconòmiques de la indústria farmacèutica en l'àmbit dels nous antidepressius amb el concepte d'hegemonia d'Antonio Gramsci, encara que adaptat al territori d'un saber expert com la biomedicina i un coneixement profà organitzat al ritme de l'economia global i els seus interessos de consum. Si Gramsci proposava aquest concepte per a explicar el mode en què les elits aconseguen que els seus valors i representacions, així com la ideologia i les desigualtats al darrere d'aquests, filtren en les capes populars, aquest autor reprèn el concepte gramscian per a tractar d'explicar que les estratègies de promoció dels antidepressius, tals com la publicitat, els acords econòmics entre farmacèutiques i investigadores i investigadors o el finançament de congressos i cursos, i la reconversió dels problemes humans en malalties susceptibles de ser tractades amb psicofàrmacs, poden entendre's com a processos d'una hegemonia que actua tant en els sistemes d'experts com en les concepcions llegendes i profanes. El que més ens interessa a nosaltres de les estratègies d'hegemonia descrites per Martínez Hernáez, però, és que aquestes no operen sols en l'àmbit de les institucions sanitàries, sinó que quallen en els propis pacients/consumidors a través d'un procés biopolític de subjectivació per part de la indústria farmacèutica, però també, i sobretot, per part de la institució mèdica en general. Un procés que, com veurem a continuació, constitueix els pacients ja no en subjectes involuntaris coaccionats sinó en agents actius en el seu propi procés de medicalització (Martínez Hernáez, 2006).

1.1.1.3. Construcció de subjectivitats

Comencem aquest apartat tractant de completar una pregunta que plantejàvem en l'apartat 1.1.1.2., això és, com es duen a la pràctica determinades formes de govern sobre els nostres cossos com ara la medicalització i *medicamentització*? Ja hem donat alguna pista quan hem parlat de la farmacologia. Així, si el dispositiu de seguretat, que recordem que és com anomena Foucault a les formes d'intervenció i govern sobre els nostres cossos que du a terme la psiquiatria ampliada, pot erigir-se com a estratègia de poder biopolítica és, com ja

hem vist, gràcies a la confiança absoluta en les informacions constituïdes com a veritats objectives. Però queda un element en tota aquesta equació per lliurar, i és que si aquestes veritats presentades com a objectives assoleixen un alt grau d'acceptació entre les i els pacients i sobre la població en general no és ni per “gràcia divina”, en aquest cas “gràcia científica”, ni gràcies a la coacció o la coerció. La clau de l'entramat biopolític psiquiàtric actual és que les i els pacients som subtilment conduïts a interioritzar i acceptar aquestes veritats en les nostres vides integrant-les com a part fonamental de les nostres subjectivitats. És ahí on apareix el tercer element biopolític del qual ens parlen Rabinow i Rose (2006), la subjectivitat, i la nostra feina consisteix a tractar d'identificar com funciona aquest element en el discurs psiquiàtric, ja que és aquesta faceta biopolítica de la producció en positiu la que concentra el major interès en la part micro del nostre estudi i la que ens permetrà analitzar tot el que hi ha al darrere del subjecte psiquiàtric, no ja com a subjecte passiu d'una administració mèdica sinó com a agent actiu en un complex entramat mèdic i polític.

Caponi (2016) analitza en un dels seus articles, a partir dels conceptes i teories de Foucault i la seua “hermenèutica del subjecte”, el procés pel qual es produeix eixa creixent identificació dels nostres patiments amb categories psiquiàtriques, i com aquesta identificació porta a la construcció de noves identitats que, a partir de l'enunciació de diagnòstics psiquiàtrics, configura un nou mode de vincular-nos amb nosaltres mateixos propi de la modernitat tardana. Un procés que l'autora, prenent com exemple els termes utilitzats per Foucault, anomena “hermenéutica psiquiàtrica de sí”.

Si als cursos dictats per Foucault abans de la dècada dels 80 del segle XX, aquest es proposava analitzar de quina manera s'exercien formes de governar els individus a partir de les estratègies de poder i els discursos de veritat, a partir de 1980 l'autor inclourà el tercer element als seus arguments i tractarà d'entendre com ens construïm com a subjectes quan ens vinculem amb certs enunciats atribuïts com a veritats objectives i amb certes estratègies de govern derivades d'eixes veritats, o el que és el mateix, a quin joc juguem quan la relació amb nosaltres mateixos està mediatitzada per un discurs amb valor de veritat i per un conjunt de tecnologies definides pel saber psiquiàtric. Si eixes veritats ja no poden imposar-se per la força als subjectes en uns temps, com els actuals, en què les relacions amb nosaltres mateixos es regeixen per la lògica de la llibertat, llavors és quan entra en joc eixe tercer element considerat per Foucault, això és, la subjectivació (Caponi, 2016).

Per a contextualitzar teòricament el camí que agafa Caponi a través de Foucault per a comprendre com es construeixen aquestes subjectivitats psiquiàtriques, cal considerar el concepte foucaultian anomenat “genealogia del sujeto moderno”, això és, una ontologia històrica de nosaltres mateixos a partir del trinomi poder/veritat/subjectivitat que permet comprendre tant la configuració de la consciència sobirana dels individus com la vinculació d’aquesta consciència amb les estratègies governamentals (Dávila, 2018). La metodologia d’estudi a la qual Foucault recorre per a realitzar la genealogia del subjecte modern és la història de les ciències per dos raons; en primer lloc perquè en Occident les pràctiques a través de les quals els subjectes ens definim, ens reconeixem i ens transformem estan estretament vinculades amb la formació de sabers amb cert reconeixement epistemològic i construïts sobre la base de normes i procediments considerats com a científics, sabers entre els quals estan la medicina i la psiquiatria, i en segon lloc perquè una de les principals obligacions morals que marca el subjecte de hui en dia és la de conèixer-se i examinar-se a si mateix, així com dir la veritat sobre si mateix i constituir-se com a objecte de saber per a ell i per als altres (Caponi, 2016). L’anàlisi de la història de les ciències li val a Foucault per a identificar el moment en què determinats sabers articulats amb tecnologies de govern van constituir, com a part del seu projecte de definició i intervenció sobre els cossos, l’obligació d’aquests a dir la veritat sobre si mateixos, però per a identificar aquest moment cal que contemplem els sabers des de la seua dimensió política. Quan parlem de la dimensió política dels sabers ens referim a l’obligació exercida per eixos sabers o, com hem anomenat en aquest treball, règims de veritat cap als individus perquè aquests accepten com a vertaders determinats postulats. Com afirma Caponi (2016), però, parlar de règims de veritat no implica que tots els sabers s’imposen de la mateixa forma, ja que mai serà el mateix mode d’exercir eixa obligació que tinga la psiquiatria, que ens interessa a nosaltres, amb el que puga tindre altra ciència o altre saber. Així, mentre altres ciències no necessiten cap autoritat que legitime l’exercici del poder, la psiquiatria sí que necessita que els subjectes accepten i obeïsquen l’autoritat mèdica del psiquiatra.

Una volta contextualitzat el camí obert per Foucault i que li serveix a Caponi per a assentar les bases respecte al triangle psiquiàtric veritat/govern/subjectivitat, serà, però, al voltant dels estudis foucaultians dedicats a l’hermenèutica de si i a la tecnologia de confessió on aquesta autora troba la clau necessària per a dilucidar la manera en què la psiquiatria actual ha

aconseguit que els subjectes diagnosticats acceptem i verbalitzem els nostres patiments en termes psiquiàtrics i passem a construir les nostres subjectivats a través de la medicina, així com la importància biopolítica d'aquesta "subjectivitat mèdica" per a la manera de governar-nos. En el curs *El origen de la hermenèutica del sí* realitzat l'any 1980, Foucault analitza les diferències entre les tecnologies del jo del món grecoromà i les inaugurades pel cristianisme, això és, entre "la cura de si" i "l'enunciació de la veritat sobre si" respectivament. Així, mentre que un dels procediments principals de "la cura de si" com és l'examen de consciència consisteix a analitzar els records, les accions realitzades i els errors per tal d'emetre una distància entre els actes que sí que van ser realitzats i com haurien d'haver estat realitzats, sense cap propòsit de desvetlar veritats o identitats ocultes, en el cristianisme la tècnica de confessió de pecats s'inscriu en un règim de veritat

(...) definido por la obligación en que se ven los individuos de establecer consigo mismos una relación de conocimiento permanente, la obligación en que están de descubrir en el fondo de sí mismos secretos que se les escapan, la obligación en que están, por último, de manifestar esas verdades secretas a través de actos que tienen efectos específicos, mucho más allá de los efectos de conocimiento: efectos liberadores (Foucault, 2014, p.107).

L'hermenèutica de si del cristianisme funciona aleshores com un procés de subjectivació basat en l'obligació del feligrés d'enunciar la veritat sobre si mateix davant l'autoritat del sacerdot. De la mà dels textos i conferències de Foucault, Caponi sosté que aquest tipus de subjectivació, l'hermenèutica foucaultiana del si, reapareix en forma d'estratègia de govern sobre nosaltres mateixos amb la psiquiatria actual, una estratègia de govern anomenada per l'autora com a "hermenéutica psiquiàtrica del sí", que de manera semblant a com passava amb el cristianisme

para poder ejercerse, exige la aceptación de determinado régimen de verdad, el cual supone: la mediación de los interrogatorios, la necesidad de develar los secretos, la interpretación de los mismos a la luz de los enunciados de verdad aceptados por el saber psiquiátrico y el reconocimiento de la autoridad conferida a la figura del psiquiatra, único capaz de interpretar esos secretos y de dominar las pasiones (Caponi, 2016).

Així, llavors, la psiquiatria actual posa en funcionament modes de subjectivació que, sota l'acceptació de certes veritats i certes formes d'autoritat, passaran a condicionar el mode en què els subjectes es relacionen amb ells mateixos i amb els altres, el mode com s'entenguen i es representen, el mode com es visquen i s'experiementen.

Hem vist al llarg dels últims apartats com funcionen els tres elements requerits per Rabinow i Rose (2006) per a poder parlar d'una activitat hui en dia com a biopolítica. Aquests elements són l'enunciació de règims de veritat, la intervenció a partir de formes de govern i l'establiment de modes de subjectivació en el discurs psiquiàtric. Amb tot, però, per acabar de clarificar el mode exacte com actua el discurs psiquiàtric com a estratègia biopolítica i respondre així a la pregunta plantejada en l'apartat 1.1.1.2. i amb la qual començàvem també aquest apartat, ens cal recórrer, per últim ja, al concepte foucaultia de governamentalitat. Aquest concepte fa referència a l'articulació entre l'enunciació de la veritat, el govern dels homes i el govern de si: és en la construcció subjectiva de l'individu a partir del vincle entre subjecte i veritat, a partir de l'efecte d'una sèrie de tècniques de veridicció de si mateix, on estan les seues possibilitats de ser governat (Dávila, 2018).

D'aquesta manera, allò que possibilita que puguen portar-se a terme determinades formes de govern sobre els nostres cossos, allò que possibilita la medicalització i *medicamentització* de molts cossos malalts no és un excés de poder de la institució mèdica o de la institució psiquiàtrica, no és la imposició d'aquestes veritats mèdiques per la força, no és la submissió passiva dels pacients a determinats dogmes ni la seua absència de poder, allò que possibilita el govern psiquiàtric biopolític és l'existència entre aquells que són governats d'una estructura que els torna governables fonamentada en una construcció del subjecte al voltant de la veritat sobre ell mateix (Caponi, 2016).

Segons Foucault (2003), el problema hui en dia dels bojos rau en el fet que no accepten la "realitat", el concepte definit per la psiquiatria com "la seua realitat", i deixen així de conèixer-se a ells mateixos, i deixen de ser governables. Quan desapareixerà la bogeria?, es pregunta l'autor. El boig deixarà de ser boig quan accepte ser obedient i es reconega en la identitat biogràfica que han forjat per a ell, deixarà de ser un malalt psiquiàtric quan, governable, deixe

de suposar un perill per a l'ordre social i normatiu. Encetem ací un lligam crític entre malaltia, "realitat" i normativitat que desplegem al següent apartat amb l'ajuda de les teories socials.

1.1.2. Les teories socials i la problematització del diagnòstic

El diagnòstic és, com afirma Byron Good (2003), la missió bàsica de la medicina clínica o, com sostenen Donald Goodwin i Samuel Guze (1996), la pedra angular de la pràctica mèdica i la investigació clínica. Els elements que li donen forma i valor a eixe diagnòstic, que possibiliten la interpretació dels símptomes, són unes determinades concepcions sobre la salut i la malaltia manejades per la biomedicina.

Si un dels punts axials de la biomedicina és la presentació dels seus discursos com a neutres i objectius, en aquests termes pot semblar *a priori* que les úniques ciències capaces d'explicar la malaltia i la salut siguen les ciències biològiques. Malgrat açò, les teories socials han tingut molt a dir establint un (i més d'un) fructífer debat al voltant de la medicina com a sistema que parla de més coses que solament de biologia.

Des del paper de les teories socials en l'estudi de la salut i la malaltia, el treball de Georges Canguilhem *Lo normal y lo patològic* esdevé imprescindible. Per a aquest autor és en la distinció entre normalitat i patologia on cobra força el poder assumit per la medicina occidental, ja que aquesta distinció no respon a cap realitat biològica sinó a una lectura particular de la malaltia i la salut. En aquesta lectura l'autoritat màxima és la fisiologia moderna com a col·lecció canònica de constants funcionals en relació amb funcions de regulació hormonal i nervioses que seran qualificades de normals en la mesura que designen caràcters mitjana i freqüents, però també i sobretot en la mesura que com a ideals formen part d'eixa activitat normativa que és la terapèutica (Canguilhem, 1971). Per altra banda, Josep Comelles i Martínez Hernáez (1993) afirmen amb rotunditat que la biomedicina esdevé un sistema cultural amb ideologia i pràctica i que, per tant, les seues categories poden ser també relativitzades com a elements d'un sistema cultural.

És en aquesta línia del debat, en la de les categories mèdiques com a categories socials i culturals on es situa la sociologia del diagnòstic, subdisciplina emergent de la sociologia mèdica. Un dels treballs referents en aquesta sociologia és *Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society* d'Anamary G. Jutel publicat l'any 2011. En aquest treball Jutel sosté:

Diagnosis is always a social creation. That doesn't mean that the diseases it labels aren't "real", but it does mean that before a diagnosis can exist, it has to be visible, problematic, and perceived to be related to the field of medicine. (...) Diagnosis provides a cultural expression of what a given society is prepared to accept as normal and what it feels should be treated (Jutel, 2011, p.3)

Tot i que, com afirma l'autora, els diagnòstics amb contingut social no són sols els psiquiàtrics, les esclertes socials són més visibles i transcendents en aquests. Des del seu treball Jutel espenta les i els científics i teòrics socials a considerar el diagnòstic com una pedra angular per a la comprensió de la salut i la malaltia, i la sociologia del diagnòstic té per a ella un paper important ahí: desempacar i identificar el joc d'interessos que entren en les discussions sobre quines prioritats han d'establir-se i quins objectius assolir (Jutel, 2011).

En un punt més crític, autors com Martyn Pickersgill (2014) subratllen la importància d'una sociologia crítica de la salut mental, en especial del diagnòstic. Una sociologia que ha d'implicar necessàriament una anàlisi dels tipus de compromisos crítics evidents dins del discurs associat a la salut mental, i una atenció a qui els fa, com, per què i amb quins efectes. Pickersgill, des d'un compromís construccionista social amb la salut mental i la malaltia, considera les categories diagnòstiques com a constituïdes, en part, a través d'un reclam o debat professional, pacient i polític. Per a ell, doncs, les entitats del diagnòstic donen forma a la societat i les subjectivitats individuals, i és en eixe punt on rau la raó de ser de la seua preocupació. L'autor s'alinea ací amb altres teòrics socials per als quals el diagnòstic esdevé un aparell, un dispositiu, a través del qual els individus "inventen" entre si.

Entre els teòrics de què parlem està Ian Hacking, el qual afirma sobre la medicina: "los motores utilizados en estas ciencias son motores de descubrimiento pero también motores para formar personas" (Hacking, 2002, p. 82). La teoria d'aquest autor es desenvolupa en relació amb determinats diagnòstics psiquiàtrics com, per exemple, el diagnòstic de

personalitat múltiple “descobert” en la dècada de 1980. Segons Hacking, en 1955 la personalitat múltiple no era una manera de “ser” persona, les persones no s’experimentaven d’aquesta manera, no interactuaven amb els seus amics, familiars, etc., d’aquesta manera, però en 1985, en canvi, aquesta era ja una forma de “ser” una persona, experimentar u mateix i viure en societat (Hacking, 2002). Quan parla de crear o “inventar” gent, l’autor es refereix precisament a això, a com la biomedicina en el moment en què “inventa” una determinada malaltia i el diagnòstic adscriu eixa malaltia a un subjecte, està constituint-lo i creant-lo ja com a malalt, doncs com a malalt passarà aquest a entendre’s a ell mateix i a relacionar-se amb l’exterior.

En una línia semblant es pot interpretar la teoria de l’*Stigma* d’Erving Goffman (1970). Inscrita dins de les *Labeling theory*, l’*Stigma* d’una etiqueta o un diagnòstic descrit per Goffman ens parla, entre moltes altres coses, de com la pròpia identitat i les actuacions dels subjectes poden ser determinades o influenciades pels termes utilitzats per a descriure o classificar dita identitat o dit comportament. Un cas a aquest respecte és la identitat psiquiàtrica de “malalt mental”: en el moment en què la identitat “malalt mental” es construeix com a estigma, com a anormal, com a desviada, els subjectes als quals se’ls adscriu aquesta identitat poden interioritzar-la i practicar-la assumint, molts d’ells en molts punts, els rols o estereotips propis d’eixa malaltia mental estigmatitzada, convertint-se “realment” en malalts mentals tal com dictamina l’estigma i complint allò que en els *Labeling theory* es coneix com a profecia autocumplida (Pesenti i Araico, 2015).

El diagnòstic mèdic, llavors, esdevé una interpretació (i un veredict) cultural que descriu “la realitat” sobre la base d’uns interessos i unes relacions de poder determinades. Però a més, en tant que al descriure aquesta “realitat”, al definir-la i nomenar-la des de la seua posició d’autoritat, la deposita en la subjectivitat dels individus que a partir d’ara passaran a experimentar-se a ells mateixos i a relacionar-se amb el món que els envolta com a “malalts”, a banda de descriure una “realitat”, està creant-la. Eduardo Menéndez (1994) afirma en el seu estudi del procés salut-malaltia-atenció, un procés en el qual el diagnòstic esdevé crucial, que aquest es caracteritza per complir una funció instituent, és a dir, activa, creadora i formadora de la subjectivitat de les persones.

En un altre lloc del debat, però amb un important paper crític dins de la sociologia de la salut mental actual, situem a Jerome Wakefield (1992), preocupat pel concepte de trastorn mental que possibilita el posterior concepte de diagnòstic. Wakefield es fa ressó als seus treballs de diverses crítiques plantejades en la psiquiatria en les últimes dècades dins de les quals es podrien ubicar les de Foucault o Goffman sobre l'enjudiciament i l'*etiquetament*. Amb tot, però, no considera que aquestes crítiques oferisquen les argumentacions necessàries per a desacreditar la necessitat d'una classificació sobre trastorns mentals, una classificació necessària per a l'autor per als casos greus. És per això que entenem el treball de Wakefield com un pont entre la crítica mèdica i les possibilitats de la psiquiatria.

Per a aquest autor el problema amb el terme de trastorn mental radica en el fet que la seua funció de demarcació no esdevé homogènia per a tot el conjunt de trastorns mentals, motiu pel qual acaba resultant un terme confús que no arriba als criteris d'universalitat que pretén per a tots els casos (Wakefield, 1992). Per tot açò proposa el terme *Harmful dysfunction* (disfunció danyosa) amb el propòsit d'oferir una ferramenta conceptual que permeta distingir els problemes mentals greus dels que no ho són, i evitar així una medicalització innecessària de comportaments i emocions més o menys quotidianes com ara la tristesa o la melancolia. L'estratègia emprada per Wakefield no postula cap classificació, més aviat ofereix les possibilitats de revisar conceptualment un terme que considera deficient que, al seu torn, permeta revisar posteriorment cada diagnòstic. El concepte de disfunció danyosa que presenta es basa en els coneixements de la biologia evolutiva respecte del funcionament dels mecanismes corporals i mentals. La seua visió pretén esdevenir un criteri adequat per a identificar aquells casos en què la psiquiatria és necessària i esdevé, com hem dit abans, un pont entre la sociologia i la medicina, una mostra de la rellevància i necessitat de les teories socials com a cooperadores de les mèdiques.

1.1.3. L'atenció en els processos de salut i malaltia

1.1.3.1. Processos assistencials: sabers empírics, habilitats i capacitats

Hem esmentat abans el procés salut-malaltia-atenció al parlar del diagnòstic, però si per alguna cosa es caracteritza aquesta categoria proposada per Menéndez (1994), és per incloure l'atenció en els processos de salut-malaltia, açò és, considerar que aquests processos necessàriament comporten respostes tant per part de qui els viu com del conjunt de la societat. Si fins ara hem estat ubicades en el diagnòstic, és imprescindible posicionar-nos ara en l'experiència del malestar per part de qui el pateix així com de qui envolta el subjecte patidor.

Si fem una breu contextualització històrica, podem dir que si fins al segle XVIII l'atenció a la salut requeria principalment en els particulars i les seues xarxes socials, tot i existir un suport institucional destinat a oferir asil, cura o intervencions curatives de naturalesa milagrosa, a partir d'aquest segle comencen a agafar protagonisme els metges amb criteris tecnicocientífics (Comelles, 1993).

Comelles (1993) anomena "model mèdic-clàssic" al mode d'articular-se l'hospital, l'atenció primària als malalts i el paper dels metges com a experts en polítiques de salut. La relació metge-malalt-xarxa social en aquest model es caracteritza per la preeminència dels consells verbals, la confiança entre el metge i la xarxa que envolta el pacient, una confiança sempre mútua que implicava l'assumpció per part dels facultatius de l'existència de persones també enteses a les quals es recorria en casos de crisi de salut, així com per la posició encara marginal ocupada pels metges en la gestió de la salut. Aquest model entra en crisi a finals del segle XIX i és substituït per un nou model caracteritzat per enfatitzar les dimensions biològiques de la malaltia enfront de les socioculturals. Un model biologicista en la definició de la malaltia del qual ja hem parlat en aquest marc teòric que es caracteritza pel que fa a l'atenció, que és el que ens interessa en aquest apartat, per reconfigurar les relacions administració-professionals-profans de tal manera que tot allò que té a veure amb la pràctica mèdica quede exclusivament en mans dels metges.

Dos dels grans teòrics que des de les ciències socials, concretament des de l'antropologia, han tractat i tracten la importància de l'atenció/assistència en els processos de salut/malaltia a partir de la consideració imprescindible en eixos processos dels factors socioculturals són Comelles i Menéndez. Ambdós, des dels seus múltiples treballs al respecte, han anat teixint aliances que ens permeten construir ací un mapa teòric i conceptual respecte a la importància de l'atenció, i els agents (i/o agències) que en ella participen, en qualsevol trajecte sociològic amb la malaltia com el que ací emprenem.

Comelles treballa sobretot amb el concepte de "procés assistencial" com una conseqüència necessària de la malaltia: remet a un fet universal, això és, que en qualsevol societat és possible distingir pràctiques de gestió de la crisi, pràctiques, al seu torn, marcades per la variabilitat i el particularisme cultural. Els processos assistencials esdevenen, doncs, pràctiques estructurades sobre la base de decisions conjunturals dels microgrups que giren al voltant d'experiències d'autoajuda, ajuda mútua i autocura. Un element definitori dels processos assistencials és que aquestes pràctiques no necessàriament han d'estar organitzades al voltant de les disposicions dels dispositius formals. En els processos assistencials treballen dos tipus de dispositius: els formals, constituïts pels professionals i les institucions, i els informals, conformats per la família, xarxes socials, etc. Un altre element que aquest autor destaca d'aquests processos és que s'organitzen a partir de sabers específics elaborats sobre la base de les experiències prèvies del col·lectiu, sabers empírics, habilitats i capacitats que, tot i no configurar un dispositiu formal, difícilment (o injustament) podrien ser catalogades d'informals o profanes (Comelles, 2000).

Si el primer pas, o acte inicial tal com l'anomena Comelles, de qualsevol procés assistencial és l'acte de la interpretació diagnòstica (concepte, el d'interpretació diagnòstica, que evidencia el caràcter ideològic i construït a partir del que entén l'autor el diagnòstic d'acord amb el que véiem al punt 1.1.2.), no és menys important per a l'autor la conseqüència primera d'aquest acte, això és, atorgar o no atorgar a un subjecte la condició d'*assistibilitat*, una condició dependent de criteris globals amb els quals els col·lectius interpreten la situació en funció de la seua experiència específica prèvia i dels recursos de què disposen (Comelles, 2000). A partir de l'acte de diagnòstic i de la consideració d'*assistibilitat* del subjecte diagnosticat és quan comença a fer-se possible, quan comença a tenir sentit, assistir el subjecte malalt.

Quan parlem de processos assistencials, d'una manera llega, en contextos o marcs com el de la salut i la malaltia podem tendir a pensar directament (o fins i tot exclusivament) en l'assistència mèdica. Aquest autor ens adverteix, però, que el recurs en assistència a l'especialista és pràcticament recent i que allò que caracteritza les nostres societats quant a la gestió de les malalties és la seua atenció en casa, al si de la xarxa social immediata del subjecte assistible i amb els recursos vinculats a les experiències prèvies dels col·lectius; el que s'anomena com autoajuda, ajuda mútua i/o autocura (Comelles, 2000).

1.1.3.2. Models d'atenció: entre l'atenció biomèdica i l'autoatenció

Per la seua banda, Menéndez ha centrat el seu treball en el que anomena "models d'atenció". L'autor defineix aquests com les activitats, no sols de tipus biomèdic, que tenen a veure amb l'atenció als patiments en termes intencionals, és a dir, que busquen previndre, donar tractament, controlar, alleujar i/o curar un patiment determinat. Allò que caracteritza en termes d'atenció les nostres societats actuals per a aquest autor, més enllà de situacions de classe o ètniques, és el pluralisme mèdic. Amb aquest terme l'autor ressalta la utilització plural per part de la població de diverses formes d'atenció tant per a diferents problemes com per a un mateix problema de salut (Menéndez, 2003, 2018).

Les dos formes d'atenció dominants en l'actualitat dels països occidentals, segons Menéndez (2003, 2018), són la biomèdica i l'autoatenció. Pel que fa a la biomedicina, l'autor constata en els seus treballs una expansió d'aquesta les darreres dècades que ha afectat i afecta la seua relació amb les altres formes d'atenció. Aquesta expansió biomèdica ha sigut possible gràcies al suport dels sectors privats i estatals, a la creixent demanda d'atenció biomèdica i al procés de medicalització.

A partir de l'elaboració del concepte de "Modelo Médico Hegemónico"⁵, Menéndez (1988, 2016) identifica, descriu i analitza una sèrie de característiques estructurals de la biomedicina

⁵ Per "Modelo Médico Hegemónico" (MMH) Menéndez (1988, 2016) entén el conjunt de pràctiques, sabers i teories generades pel desenvolupament de la medicina científica que des de finals del segle XVIII han aconseguit tant establir com a subalternes aquelles pràctiques, sabers i teories dominants fins llavors, com identificar-se com l'única forma d'atendre la malaltia legitimada per criteris científics. Aquest concepte esdevé una construcció metodològica, alerta l'autor, manejada en un alt nivell d'abstracció, de manera que, com tot model, constitueix un instrument heurístic per a la indagació de realitat però no constitueix la realitat.

que afecten la seua funció assistencial i permeten explicar les seues singularitats com a model d'atenció així com la seua relació amb altres formes d'atenció. Entre els trets principals que reconeix l'autor estan el biologisme, la historicitat i la identificació de la biomedicina amb la racionalitat científica expressada fonamentalment a través de la dimensió biològica. Són, com adverteix l'autor, el conjunt de les característiques i no cada característica en si el que fonamenta la relació d'hegemonia-subalteritat de la biomedicina respecte a altres formes d'atenció no biomèdiques que usualment queden excloses, ignorades o estigmatitzades per la primera.

Destaquem en la conceptualització dels models d'atenció de Menéndez com aquest atorga un paper primordial als subjectes i grups socials. Individus i grups socials funcionen com a agents que no únicament utilitzen les diferents formes d'atenció, sinó i el que esdevé més important dins de la teoria de l'autor, com a agents que sintetitzen, mesclen i articulen aquestes formes d'atenció i les reconstitueixen en activitats d'autoatenció (Menéndez, 2018).

L'autoatenció és l'activitat nuclear i sintetitzadora desenvolupada pels individus i grups socials respecte al procés de salut/malaltia/atenció:

(...) representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de individuo y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aún cuando éstos puedan ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 2003)

L'autor reconeix dos àmbits d'autoatenció; un d'ampli que inclou més àmbits que el de la salut/malaltia com, per exemple, la cura de la llar, etc., i un de restringit aplicat als processos de salut/malaltia/atenció. Tot i que establir una línia separadora fixa entre ambedós àmbits esdevé difícil, Menéndez sustenta el seu treball en l'àmbit restringit a partir de l'aplicació d'un tall metodològic.

Una part important del seu treball sobre l'autoatenció l'elabora l'autor en forma de crítica a l'ús que la biomedicina fa d'aquest concepte quan l'identifica únicament amb automedicació (Menéndez, 1981, 2003, 2018). Menéndez assenyala com la biomedicina ha desenvolupat

una relació contradictòria respecte al procés d'autoatenció; per una banda el qüestiona en termes d'automedicació mentre per altra banda impulsa constantment activitats d'autocura i altres formes d'autoatenció. Respecte a açò últim, autores preocupades per l'aplicació dels models d'atenció en el camp de la salut mental com Gabriela Bru (2016) han demostrat en els seus treballs com l'activitat biomèdica implementa contínuament en els seus pacients accions vinculades a aprendre a medicar-se, quelcom que també i malgrat la biomedicina seria automedicació, a autoobservar els símptomes i a realitzar gestions per a accedir als tractaments.

Els trets principals que Menéndez (2003, 2018) atribueix a l'autoatenció podrien resumir-se en tres relacionats entre si. En primer lloc, és la primera activitat que el microgrup realitza enfront dels patiments detectats i sempre haurà de ser a partir d'aquesta primera activitat que els subjectes o grups decidiran consultar o no a terapeutes professionals, sempre terapeutes pertanyents a una de les formes d'atenció que individu i grups reconeixen, accepten i a la qual poden accedir. En segon lloc, i com a conseqüència del primer tret, l'autor caracteritza l'autoatenció com un procés transaccional entre individu/grups i les diferents formes d'atenció que operen com els seus referents. En tercer i últim lloc, el conjunt de les activitats que conformen l'autoatenció suposen sempre l'existència d'un saber respecte del procés de salut/malaltia/atenció dins dels microgrups. De manera paral·lela a com Comelles (2000) destacava l'organització dels processos assistencials al voltant dels sabers experiencials dels microgrups, per a Menéndez l'autoatenció passa per l'existència d'un saber experiencial amb la salut i la malaltia per part d'individus i grups a partir del qual aquests es relacionen amb altres formes d'atenció.

Algunes autores i autors com Jenny Donovan i David Balke han personificat este saber en el "pacient ben informat" (Donovan i Blake, 1992 citats en Menéndez, 2003). En aquesta línia, però atorgant un paper més principal en el saber de què parlem a l'experiència pròpia de la persona que viu el malestar, autores i autors com Rose o Angela Coulter han anomenat aquests subjectes com a "pacients experts per experiència", ja que seria l'experiència i vivència subjectiva del malestar allò que dotaria a aquests subjectes de majors coneixements i sabers sobre aquest (Rose, 2019), uns sabers sobre la seua malaltia que com que estan fonamentats en la vivència experiencial es situen en un pla distint al saber científic (Coulter, 2006).

Si déiem que una part del treball de Menéndez respecte a l'autoatenció es basa en la crítica i problematització de l'atenció biomèdica, una altra part important consisteix en la seua preocupació per abordar amb un enfocament antropològic-relacional els processos de salut-malaltia-atenció des de les possibilitats d'articulació entre l'atenció biomèdica i l'autoatenció. Un dels principals reptes als quals s'enfronta la biomedicina en opinió d'aquest autor és el d'assumir que l'autoatenció no és sols la principal forma d'atenció desenvolupada pels subjectes mateixos i conjunts socials, sinó que, a més, és a través d'aquesta com els subjectes i els grups es relacionen amb altres formes d'atenció, inclosa la biomèdica. L'autoatenció queda esbossada així com un mitjà a través del qual subjectes i grups poden evidenciar la seua capacitat d'acció, de creativitat, i en conseqüència com un mecanisme potencial d'afiançament de certs micropoders i de reafirmació dels propis sabers (Menéndez, 2018). A propòsit de les possibilitats ja reals, ja posades en marxa, d'articulació entre atenció biomèdica i autoatenció, Menéndez destaca la cogestió dels malestans i/o tractaments entre pacients/personal mèdic que alguns projectes sanitaris fomenten. En la mateixa línia remarca les potencialitats de processos com l'autogestió efectuada per certes associacions i grups d'atenció (Menéndez, 2016).

1.1.3.2.1. GAMs: Suport, (re)significació i transmissió de sabers

Quan centrem les temàtiques de què ens parla Menéndez als seus treballs en àmbits com el de les associacions de salut i grups d'ajuda mútua trobem autors com Josep Canals. Aquest autor defineix els grups d'ajuda mútua i les associacions de salut com a formes associatives que se situen entre l'autoatenció i els dispositius sanitaris institucionalitzats, l'existència dels quals obeeix principalment a: les limitacions de la medicina hegemònica, les carències de la sanitat pública i del sistema de benestar social, l'afebliment de les estructures cuidadores tradicionals afectades per les transformacions en les relacions familiars i veïnals, la necessitat per part de molts subjectes i grups de reconstruir la identitat deteriorada per l'estigma associat a la malaltia i la consegüent recuperació d'autoestima, i la necessitat d'incorporar nous coneixements i habilitats que no estan disponibles en la tradició cuidadora del grup familiar i/o xarxa social (Canals, 2003).

Entre les associacions de salut (AS) i els grups d'ajuda mútua (GAM) existeixen, però, substancials diferències. Les AS són usualment grups formats per persones afectades per un mateix patiment o per familiars de persones afectades que es reuneixen assíduament i que compten amb professionals terapeutes i/o professionals mèdics que treballen en i per a l'associació. La principal font de finançament d'aquestes associacions són les subvencions públiques. El fet d'estar inscrites dins dels sistemes de redistribució de l'Estat a través de les subvencions determina les AS, en opinió de Canals (2003), en dos aspectes principals: condiona la seua acció reivindicativa i estableix una correlació directa entre la dependència de les subvencions i l'adopció per part de les associacions dels criteris, concepcions i pràctiques dels grups professionals reconeguts pel mateix Estat redistribuidor. A més, aquesta inserció en els mecanismes de redistribució origina que funcionen a partir d'una organització jerarquitzada i que reproduïsquen models ja existents en les institucions. Per a aquest autor, l'estructura i organització pròpia de les AS fa que aquestes guanyen en eficàcia tècnica però, alhora, anul·la una de les possibilitats més interessants de l'ajuda mútua:

aquella redefinición autónoma del problema vivido, que posibilita la reconstrucción de la identidad deteriorada y la oportunidad de resituarse en un mundo que ha sido alterado drásticamente por la enfermedad, el accidente o la pérdida, vividas en carne propia o en la de alguien cercano. Y esto es algo que los protagonistas manifiestan que solamente lo han conseguido en la relación entre equivalentes, entre quienes “lo saben porque lo han pasado” (Canals, 2003)

Precisament per les possibilitats de l'ajuda mútua en la significació i resignificació accional i creativa del malestar, del diagnòstic i de la identitat en l'àmbit individual i grupal, des del punt de vista llec, però també tenint present les estructures en què s'emmarquen els subjectes i que produeixen i reproduïxen els discursos dominants dels quals aquests s'embeuen, en aquest treball que iniciem ens interessem específicament pels GAMs. Els GAMs funcionen com un projecte o un espai que permet desenvolupar l'ajuda mútua en l'aspecte emocional, redefinir la situació viscuda i la pròpia identitat, així com l'intercanvi d'ajuda entre els seus membres, un intercanvi que inclou la transmissió i construcció de nous sabers i habilitats de tipus pràctic (Canals, 2003).

Són moltes i molts les autores i els autors que s'han interessat des d'un plànol sociològic o antropològic per les potencialitats dels grups d'ajuda mútua, anomenats per algunes i alguns com grups d'autoajuda, tant en l'explicació dels processos de salut/malaltia/atenció d'una manera general com en l'anàlisi concreta del paper accional que subjectes i grups compleixen en les seues experiències amb els malestars. En aquest segon plànol, el de l'acció individual, autores com Anne-Grete Sandaunet (2008a, 2008b) assenyalen que els grups d'autoajuda sorgeixen com una ferramenta potencial per a respondre a les necessitats d'un usuari actiu involucrat en la seua atenció mèdica. Unes necessitats que passarien, a més, ja no sols per l'àmbit passiu de la recepció d'informació i suport, sinó també per la voluntat de proporcionar ajuda, informació i suport a altres (Burrows, Nettleton, Pleace, Loader i Muncer, 2000).

Com afirma Comelles (2000), l'atenció no es crea ni es destrueix, sinó que es transforma, i prova d'açò seria l'emergència els darrers anys de grups d'ajuda mútua que canvien l'espai territorial pel virtual. La literatura científica ha donat compte de l'aflorament dels grups d'ajuda mútua en línia destinats al seguiment de malalties i malestars, no obstant això, tal com assenyalen David Giles i Julie Newbold (2013), pel que fa a la salut mental és encara escassa la investigació que atén les comunitats virtuals dedicades al transtorn mental malgrat la proliferació de grups d'aquest tipus que podem trobar en xarxa.

1.1.4. Qüestionaments feministes

En el context de les teories socials, els estudis de gènere i els estudis feministes constitueixen una de les línies teòriques que ha contribuït substancialment a les discussions i la renovació de perspectives crítiques en el camp de la salut i la malaltia (Cardaci, 2006). Amb tot, encara que hi ha un augment significatiu d'investigacions que inclouen la categoria gènere en els estudis sobre malalties, algunes d'elles la inclouen únicament com a variable independent sense problematitzar el context de construcció i producció d'aquesta, sense preocupar-se per buscar una explicació de les diferències i desigualtats que afecten homes i dones (Esteban, 2006).

Si bé enquadrem aquesta investigació com un estudi amb perspectiva de gènere, ens reafirmem encara més en un posicionament feminista. Aquest posicionament feminista significa que enfrontem les possibilitats explicatives de les teories de gènere que exposarem al punt 1.1.4.1. com una ferramenta per a canviar, seguint a Angela Davis, allò que ja no podem acceptar més, tot a partir d'una experiència personal que, com dirien les feministes dels anys 70 amb Kate Millet al capdavant, ho és també política, una experiència de malaltia que més que privada esdevé pública, que més que individual esdevé estructural.

Els estudis sobre salut mental i gènere des d'una posició feminista sorgeixen en el marc de la "segona onada dels feminismes" interessats especialment en la sobrerepresentació de les dones en les estadístiques psiquiàtriques i en la massiva prescripció de psicofàrmacs a aquestes (Ordorika, 2009). En l'actualitat, tot i que les temàtiques s'han diversificat, són, com afirma Teresa Ordorika (2009), principalment quatre les línies d'anàlisi que agrupen les contribucions de la teoria feminista al problema de la salut mental de les dones: la línia que tracta la relació existent entre els processos socials i les definicions de salut i patiment mental en general, i les categories diagnòstiques en particular, amb l'objectiu de visibilitzar i desmuntar els biaixos de gènere que aquestes contenen; la línia que aborda la relació establerta entre els processos socials i la constitució de pràctiques mèdiques específiques, amb especial atenció al procés d'hospitalització i *medicamentització* femení; la línia que estudia la relació existent entre els processos socials i l'etilogia dels patiments mentals, partint de la situació de no-equitat que caracteritza la vida de les dones; i, per últim, la línia que analitza les experiències dels individus des del seu propi patiment, estudiant com les identitats de gènere influeixen en la vivència dels patiments.

La primera línia d'anàlisi esmentada es fonamenta en la concepció del fet que el coneixement psiquiàtric esdevé una construcció social que, com a tal, conté biaixos androcèntrics despresos de les expectatives de gènere de la societat en què es construeixen (Busfield, 1996). A partir d'ací, tant els conceptes generals de salut i malaltia, com les descripcions diagnòstiques concretes, beuen de les representacions ideals que en un espai i un context determinat funcionen com a hegemòniques respecte al que són un home i una dona normals (Prior, 1999). L'objectiu, llavors, d'aquesta línia d'anàlisi serà, com hem dit, el de denunciar i visibilitzar l'orientació androcentrista i la reproducció de desigualtats de gènere en l'àmbit de la salut mental.

Quant a la segona línia d'anàlisi, es fàcil trobar investigacions que des de les més variades disciplines apunten a una major focalització de la institució mèdica i psiquiàtrica sobre els cossos femenins. Des de les primeres teories psiquiàtriques ja s'apuntava l'origen dels problemes mentals en relació amb les característiques biològiques de les dones per a la reproducció. Per tot açò, pròxima a la antipsiquiatria, aquesta vessant analítica sosté que el patiment mental és únicament una etiqueta utilitzada amb la finalitat de controlar les persones, especialment els cossos femenins (Ordorika, 2009).

La tercera de les línies d'investigació esmentades analitza des de l'enfocament de la producció social com les maneres de viure de les dones afecten la seua salut mental. A diferència de l'enfocament de la construcció social, les autores i autors adscrits a aquesta línia analítica assumeixen l'estatus ontològic del patiment i el seu caràcter de realitat (Ordorika, 2009). L'argument central d'aquestes propostes passa, com apunta Joan Busfield (1996), per situar les condicions específiques d'existència de les dones, això és, l'explotació, la dominació o la falta de poder que es viuen en el sistema patriarcal, en el centre de la causalitat pel que fa a la seua salut mental. Molts estudis realitzats des d'aquesta perspectiva denuncien el mode en què la vivència d'unes experiències laborals no remunerades centrades en la part domèstica o la maternitat afecten la salut mental femenina (Jacobson, 2011).

Pel que fa a l'última línia d'anàlisi feminista respecte de la salut mental, aquesta es preocupa per investigar com les persones experimenten la seua salut i els seus patiments des dels seus posicionaments de gènere, emfatitzant el tipus de coneixement que creen a partir d'aquestes experiències així com les estratègies que desenvolupen front a elles (Ordorika, 2009). El focus d'atenció passa ara dels discursos socials i mèdics a les experiències subjectives dels individus, des d'una concepció d'aquests com a subjectes actius i reflexius. Aquesta perspectiva va esdevenir i segueix esdevenint novedosa pel que fa al tractament dels subjectes diagnosticats i tractats ja no únicament com a víctimes del sistema mèdic des d'una dimensió macrosocial, sinó fonamentalment com a agents amb capacitat de reflexió, actuació i transformació.

Aquestes línies d'investigació en què es mouen els estudis feministes actuals en matèria de salut mental, tot i ser molt atractives i productives, poden, però, com assenyala María

Florencia Linardelli (2015), comportar certs perills en la seua posada en pràctica tals com l'homogeneïtzació de la categoria gènere o la invisibilització d'altres posicionaments socials implicats en els processos de salut i malaltia. Així, l'anàlisi de la medicalització de les dones sol aparéixer desvinculada de la dels seus grups socials de pertinença, subestimant així, per exemple, que una dona *racialitzada* pot patir una doble medicalització tenint en compte el seu gènere i la seua raça⁶. De la mateixa manera, l'anàlisi de l'androcentrisme freqüentment exclou de les seues investigacions altres eixos de desigualtats que s'integren en l'àmbit de l'experiència real de les dones amb la mateixa implicació que el gènere, i l'anàlisi dels patiments subjectius d'acord amb la feminitat homogeneïtza els rols i estereotips femenins com si ser "mestressa de casa" fora igual en totes les cultures i per a totes les dones.

Des d'aquest treball considerem que per enfrontar una anàlisi feminista en matèria de salut mental com el que ens proposem ací, cal creuar i posar en diàleg els posicionaments de gènere amb altres posicionaments socials que ens travessen com a subjectes, travessant així les nostres experiències quotidianes amb la salut i la malaltia. Linardelli (2015) proposa per a aquesta comesa considerar les contribucions dels feminismes antiracistes i del seu concepte d'interseccionalitat de les opressions. Nosaltres en aquest treball acceptem la proposta de Linardelli, però l'ampliem amb els qüestionaments d'altres feminismes com els lesbians que, a partir de la famosa frase de Monique Wittig (1992) "les lesbianes no som dones", van saber plasmar el sotsobre i la fermesa d'aquells cossos i aquelles experiències moltes vegades invisibilitzades pels estudis i teories feministes, així com dels feminismes queers, tots ells en disputa per visibilitzar altres eixos d'opressió quotidians. A partir d'ací, no es pot parlar ni d'un model únic de dona ni d'una única opressió universal a partir d'aquesta categoria genèrica. Les realitats de les feministes xicanes, les negres, les postcoloniales, les lesbianes o les queers, per a les quals l'opressió es materialitza de moltes maneres diferents a les tradicionalment visibilitzades pels feminismes blancs, heterossexuals i reproductors, revelen que es queda insuficient articular les investigacions feministes al voltant únicament del gènere i que és necessari obrir-les a una pluralitat de vivències, opressions i experiències que

⁶ La utilització de la categoria "raça" ens provoca un dilema ètic en aquest treball. Sabem que no existeixen races que definisquen persones més enllà de la raça humana, amb tot, però, des dels feminismes antiracistes aboguen per la utilització d'aquesta categoria com a categoria explicativa d'una opressió social basada en la ideologia racista que viuen milions de persones i que esdevé real. Segons aquestes feministes, el racisme existeix igual que el sexisme i com a tal s'ha d'anomenar. D'acord amb això, utilitzarem la categoria "raça", al mode que ho fan les feministes antiracistes, quan allò que vulguem designar estiga vinculat amb les opressions de la ideologia racista.

ens constitueixen com a subjectes (Moreno Sáinz-Ezquerro, 2016) i que, per tant, constitueixen les nostres experiències quotidianes també en matèria de salut i malaltia.

Tot i estar preocupades de no establir fronteres rígides entre les diferents perspectives analítiques esmentades en matèria de salut i malaltia, situem aquesta investigació principalment al costat de la primera i la quarta de les línies d'investigació exposades. Així, enfrontem una anàlisi de gènere i feminista multidimensional posicionant-nos en l'examen crític cap a la institució mèdica com a ordenadora social a partir de la reproducció d'unes determinades relacions de gènere, així com en l'estudi de les possibilitats reflexives i transformadores dels individus mèdicament i genèricament diagnosticats, i ho fem de la mà de les teories de gènere de Raewyn Connell i de Judith Butler.

1.1.4.1. El nostre posicionament de gènere

1.1.4.1.1. El gènere com a sistema de relacions

La teoria de gènere de Connell (1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018) és principalment una proposta per entendre el gènere com una pràctica relacional, una pràctica de relacions imbuïda en dinàmiques de poder que conforma una de les principals estructures de la nostra societat. A partir d'ací, les relacions que defineixen el gènere per a aquesta autora no són les relacions entre homes i dones, sinó les relacions entre el femení i el masculí, unes relacions marcades per una confrontació entre ambdós pols genèrics que dictamina les possibilitats i limitacions associades a les posicions en l'estructura social d'home i dona. Els subjectes, aleshores, no esdevenen ací subjectes sexuats o generitzats d'acord amb cap essència, ni natural ni filosòfica, sinó sobre la base del seu posicionament respecte a les expectatives i els patrons socials que la societat deposita en ells com a representats corporitzats del que és masculí i femení. Uns posicionaments que tenen sentit sols i únicament dins d'una organització simbòlica de la sexualitat i la reproducció donada que Connell anomena "arena reproductiva" (Grau-Muñoz, 2012).

Entendre el gènere no com a essència sinó com el lloc social que ocupem en relació amb un ordre genèric que estructura les nostres societats ens porta a triar rebutjar el concepte d'identitats de gènere en pro del concepte de posicionaments de gènere, això és, el lloc des del qual interpretem el gènere (De Laetis, 1987), des del qual actuem el gènere (Butler,

2001) i/o des del qual ens ubiquem i relacionem amb el món social d'acord amb un ordre de gènere (Connell i Pearse, 2018), un *locus* des del qual els subjectes interioritzem, interpretem i executem, des de la creativitat i la contingència, unes normes i discursos socials que ens parlen amb vocació naturalitzada del que “som” o “hauríem de ser”.

Una de les claus de tot aquest entramat elaborat per Connell deriva de la seua afirmació que diu que un dels majors problemes que presenten les estructures socials de les societats occidentals actuals, i allò que les caracteritza, és la desigualtat de gènere (Connell i Pearse, 2018). Hem conceptualitzat el gènere com a posicionaments relacionals que ens ubiquen i ens defineixen en el món social, però com diu l'autora, aquests posicionaments no són equilibrats i equitatius sinó desiguals depenent de si habitem el pol genèric masculí o el femení. Així, per entendre com es distribueixen aquestes posicions genèriques en l'entramat social s'han de vincular amb la noció de poder, i l'eix principal de poder en el sistema de gènere de societats occidentals contemporànies com la nostra el marca, per a aquesta autora, la subordinació general de les dones i la dominació dels homes, allò que Pierre Bourdieu (2000) va batejar amb el nom de “la dominació masculina”. Una dominació que, lluny d'esdevenir ingènua, té una part interessada encarnada en els homes com a grup preocupat per mantenir eixa distribució d'acord amb el que aquesta autora denomina “dividento patriarcal” (Connell, 1995), això és, els beneficis en forma de majors diners, major seguretat, major poder o control, etc., que acumulen els homes com a grup amb el manteniment d'aquest ordre desigual (Grau-Muñoz, 2012).

Si és important atendre les estructures socials en la teoria de gènere de Connell, més crucial esdevé fer-ho entenent aquestes no sols com a ordenadores de les relacions de gènere, sinó també i principalment com a productores i reproductores d'elles. D'acord amb açò, l'autora ubica les relacions de gènere, i la seua producció i reproducció, en tres àmbits diferents: els àmbits macro, meso i micro.

A escala macro, la més abstracta de les relacions de gènere, Connell dona el protagonisme a l'Estat com a principal regulador de les relacions de gènere “existents” i, a més i sobretot, com a productor de gènere a través de les seues polítiques i les seues lleis.

Si atenem als aparells institucionals de l'Estat que doten a aquest de les ferramentes per a poder regular i construir gènere, aterrem directament en l'àmbit meso de l'organització del gènere, l'àmbit de les institucions. Institucions socials que van des de l'escola fins al sistema sanitari passant pel mercat laboral o pels mitjans de comunicació. Les relacions de gènere produïdes per les polítiques i estructures estatals arribarien a les institucions socials on es reproduïrien, s'actualitzarien i es transmetrien a la població. Així és com l'ordre de gènere es reproduïx contínuament d'una manera dinàmica. De la mateixa manera que l'Estat, les institucions socials, a través de les seues agències, a més, no sols reproduïxen sinó que produeixen la diferenciació i jerarquització entre les posicions masculines dominants i les femenines dominades, unes posicions, per la seua banda, que necessitaran a aquestes institucions per a ser constantment reproduïdes i poder manternir-se i reforçar-se, mantenint-se i reforçant-se així l'ordre de gènere dominant (Grau-Muñoz, 2012). Des d'aquestes institucions es revela el gènere com a ordre natural i *ahistòric*, com quelcom que està i ha estat ahí sempre, en cada context, en cada moment de la història. És gràcies a aquesta naturalització, i la legitimitat que li atorguen les distintes institucions i agències socials, que el gènere es conforma com a motlle amb què els subjectes i grups conformen les seues relacions socials i actuen en el món (Connell, 2009).

Tot i que, segons Connell, les estructures socials condicionen les relacions de gènere dels individus i grups, és important entendre que no les determinen. Si aquesta autora fuig del determinisme biològic, ho fa també del social. Així, les estructures socials no estableixen el mode en què ens comportem sinó que defineixen les possibilitats i conseqüències de les nostres accions (Connell, 2009), unes accions que seran sempre contingents i creatives, i és ací, en l'acció subjectiva dels individus, en les seues negociacions i interaccions de gènere on l'autora situa l'àmbit micro de les relacions de gènere:

Los niños y niñas no esperan tranquilamente mientras las normas de género las atrapan, sino que estan constantemente en activo. A veces aceptan las divisiones de género que les aportan las personas mayores y a veces no. Establecen sus propias divisiones de género en el recreo y luego las modifican (...) (Connell i Pearse, 2018, p. 124)

Serà al següent apartat, i de la mà de Butler, on completarem les possibilitats creatives adscrites als subjectes en les seues negociacions, interaccions i actuacions de gènere. De moment ens cal quedar-nos amb el paper que Connell concedeix a les institucions socials, igual que a l'Estat, en la provisió de les matrius organitzadores de les relacions de gènere a través de models o versions hegemòniques de gènere que els subjectes interioritzaran, practican i, també, transformaran, de les quals s'allunyan o a les quals s'aproparan, a les quals s'adscriuran o a les quals posaran en dubte (Grau-Muñoz, 2012).

1.1.4.1.2. El gènere performatiu

Un dels avantatges d'abordar l'estudi de la salut i la malaltia mental des d'una perspectiva feminista a partir del posicionament i l'experiència dels subjectes diagnosticats, és la possibilitat de combinar aquesta dimensió micro amb l'enfocament de la construcció social, i és que analitzar el mode en què els subjectes femenins viuen, signifiquen i practiquen els seus diagnòstics dona molta informació també respecte a eixos diagnòstics.

Tenint en compte que, segons les dades oficials, les dones mostren una major prevalència de problemes mentals tals com la depressió i l'ansietat, mentre que els homes estan més afectats per la hiperactivitat, la conducta disocial o el consum abusiu de substàncies (APA, 2013), i que les dones reben la majoria de les prescripcions de psicofàrmacs (Burin, 1991; Markez Alonso et al., 2004; Da Costa Marques, Linardelli i Maure, 2016), la nostra investigació donarà compte des d'un punt de vista estructural però també des d'un punt de vista micro, de com moltes persones viuen determinats diagnòstics psiquiàtrics, no sols com a malaltes sinó també, i sobretot, com a dones. És important, a més, en aquest punt treure les dones, malaltes o no, de la casella del victimisme i abordar l'estudi de les seues experiències des de la creativitat i el poder de transformació, i per a una cosa i l'altra ens resulta fonamental la teoria de la performativitat del gènere de Butler.

Analitzar el gènere des de la teoria de Butler (2001) suposa fer-ho considerant aquest com un procés performatiu. La teoria de la performativitat de Butler està íntimament lligada a la tesi foucaultiana que afirma que el subjecte emergeix sempre com a producte de la norma. Així, segons aquesta teoria, la nostra realitat subjectiva es configura a partir de la reproducció de normes, que en tant que pràctiques discursives i corporals materialitzen de forma performativa una posició de subjecte travessat per les normes del gènere i el sexe, unes

normes que no esdevenen altra cosa que instàncies de significació autoritzades per la mateixa repetició. A partir d'ací, el sexe, per exemple, que apareixeria com a causa de la posició subjectiva en termes de representació i identificació, i que determinaria una posició específica en el contracte de gènere, esdevé en realitat l'efecte performatiu de les pràctiques discursives posades en marxa per eixe contracte de gènere.

A més de les influències de Foucault, la performativitat de Butler és hereva d'una de les afirmacions més reveladores i trascendents que han donat els feminismes, açò és, l'afirmació de Simone De Beauvoir (2005) de que "la dona no naix sinó que es fa". Aquesta afirmació assenyala el fet d'esdevenir dona com un procés de construcció sociocultural en el qual el gènere, lluny de ser res natural, esdevé quelcom que s'adquireix culturalment i socialment. Butler, però, anirà un pas més enllà en l'afirmació de Beauvoir, superant les esclertes humanistes que encara apunten en la teoria beauvoiriana i anul·lant tota referència a la presència d'un subjecte existencialista, el principal tret del qual és la llibertat, anterior al procés de construcció de gènere (Moreno Sáinz-Ezquerria, 2016). A partir d'ací no hi ha subjecte previ al gènere sinó que esdevenim subjectes en la mesura que ens constituïm com a subjectes generitzats (Butler, 2001). Així és com el gènere com a procés performatiu rebutja la idea de l'existència d'una identitat prèvia a l'acció de la cultura. En termes metafísics, no hi ha "ser", el subjecte es fa en l'acció, en el "fer", sent el "ser" una ficció fruit d'aquest "fer". És aquest raonament el que ens suggereix una visió de la identitat en Butler privilegiada per l'acció que, tot i seguir sent identitat en el seu treball, esdevé molt semblant i pròxima al concepte de posició actiu del qual parlàvem en l'apartat anterior. Privilegiar l'acció del "fer" front a la determinació del "ser" suposa, a més, concebir aquest subjecte amb capacitat i agència activa.

La consideració butleriana del gènere, aleshores, és una consideració des de l'actuació, des de l'acció, consideració que inclou indissociablement la dimensió pública d'aquesta acció, i és que com a actores i actors interpretem les nostres actuacions de gènere sempre en contextos socials. En aquests contextos socials, que són els mateixos que ens forcen a constituir-nos genèricament, ser intel·ligible per als altres esdevé fonamental, ja que és aquest reconeixement "públic" del nostre gènere el que ens reafirmarà contínuament en el nostre posicionament genèric.

En conseqüència, per a constituir-nos en subjectes haurem de performativitzar determinades característiques genèriques, i serà la qualitat d'intel·ligibilitat del nostre gènere la que ens erigirà com a tals. Així, per a aquesta autora el subjecte esdevé subjecte primordialment en tant que està generitzat, per tant la posició de gènere és la principal de les posicions identificatives en la seua llegibilitat com a subjecte. Dins d'aquesta mateixa dinàmica, però, els gèneres que no esdevinguen decodificables no podran constituir-nos com a subjectes en la mesura que no traspassaran la barrera de la comprensibilitat. Aquestes persones no desxifrables i no adaptades a la norma quedaran excloses d'aquesta esdevenint el que Butler anomena com a no-subjectes. Per a l'autora, les exclusions que queden fora de la noció de subjecte són les que permeten i defineixen al mateix temps aquesta noció, doncs l'articulació dels nostres posicionaments es farà sempre sobre un exterior que queda fora i marca justament els límits d'aquests posicionaments (Butler, 2001).

Potser el terme que millor defineix com es desenvolupa el procés performatiu del gènere és el terme d'iterabilitat. Entenent per iterabilitat la capacitat d'un signe de ser repetible en diferents contextos, és a partir de la repetició i la ritualització d'actes com aquests esdevenen performatius. D'aquesta manera, si sumem a la iterabilitat un altre dels conceptes més influents de la teoria de Butler, això és, l'agència, podem dir que és en la "iterabilitat performativa" que produeix al subjecte on s'obri l'espai per a l'acció, per a subvertir la pròpia norma citada i repetida que ens conforma com a subjectes llegibles i recognoscibles (Moreno Sáinz-Ezquerria, 2016). Sols dins de l'àmbit normatiu podem conformar-nos com a subjectes alhora que sols dins d'un àmbit normatiu, de la seua reiteració i repetició, trobem espai per a l'acció. Aquesta percepció ens torna a abocar de nou a l'univers foucaultia segons el qual tot poder genera resistència i és únicament des de dins d'aquest poder, i en la mateixa enunciació de la norma, on rauen les possibilitats de transformació real.

En conclusió, la teoria de la performativitat del gènere conforma una teoria sobre la constitució subjectiva que ens deixa un subjecte construït normativament i un subjecte amb capacitat creativa i amb agència. Un dels punts d'ensamblatge més interessants que es produeix entre les teories de Butler i Connell l'identifica Mari Luz Esteban (2013) en la dimensió reflexiva que ambdues autores atorguen als processos performatius genèrics. Aquests processos suposen, llavors, pràctiques corporals que, lluny de ser internes o individuals, esdevenen interactives i reflexives, en la mesura que comporten relacions i

simbolisme socials. Així, a partir d'estes pràctiques corporals es construeixen vides individuals però també i sobretot es conforma un món social amb estructures socials concretes, la interacció amb les quals ens permet l'emergència de noves percepcions i conductes.

1.2. El diagnòstic “agorafòbia”

“Tú estás bien porque no hemos puesto nombre a lo tuyo” (cita atribuïda a Sigmund Freud)

En aquest capítol tractarem de distingir entre el diagnòstic d'agorafòbia⁷ i el malestar que poden sentir moltes persones davant determinades situacions i que s'ha interpretat mèdicament amb eixe nom. Aquesta distinció esdevé per a nosaltres el primer pas per a poder, a partir de l'anàlisi de la construcció històrica d'aquest diagnòstic (quan va sorgir? com va sorgir? i per què va sorgir?), entendre com funciona el diagnòstic d'agorafòbia a l'actualitat, com es construeix i de què parla.

1.2.1. Distingint malestar de diagnòstic

Si, tal com hem vist al punt 1.1.2., la biomedicina és un sistema social i cultural, aleshores el seu objecte d'estudi per excel·lència, la malaltia, s'haurà d'entendre més enllà de l'àmbit biològic i s'haurà d'abordar tant des de la problematització dels factors ideològics i culturals que participen en la seua definició, com des de les diferents dimensions que la conformen com a experiència per als subjectes.

L'any 1972 al seu treball *Medical Anthropology*, Horacio Fabrega, metge i antropòleg, va ser el primer a distingir entre dos dimensions de la malaltia: la dimensió *disease* i la dimensió

⁷ Ens cal cadvertir ara que entrem de ple a parlar d'agorafòbia que, tot i que el diagnòstic d'agorafòbia està definit de manera oficial com a trastorn mental i no com a malaltia mental (APA, 2013), i sabent el conflicte en la utilització del terme malaltia, veurem al llarg d'aquest treball com aquest concepte apareix en repetides ocasions, tant en el marc teòric com en l'anàlisi. Justifiquem el seu ús ací perquè és des d'ahí des d'on es parla de l'agorafòbia o d'altres trastorns mentals des de part de la literatura amb què treballem, i sobretot perquè és també des d'aquesta posició, tal com veurem al punt 3.2.1.3., des d'on moltes usuàries s'identifiquen en relació amb el seu diagnòstic. El mateix passa en aquest treball amb conceptes lligats al de malaltia com el de pacient o pacients. Així, sempre que apareguen aquests termes serà perquè la literatura o les informants de les que ens nodrim en eixe moment parlen des d'ahí.

illness; on la primera designava les disfuncions orgàniques dels cossos mentre la segona feia referència al fet que algú estava malalt però des de criteris socials i psicològics, criteris separats dels emprats per la medicina occidental (Bernalte Benazet, 2007).

Tot i que no va ser ell qui assenyalaria inicialment la distinció entre les dimensions *disease* i *illness* a l'hora d'abordar l'estudi de la malaltia, Mervyn Susser, com a principal representant de la concepció ecològica, va ser qui al seu treball *Casual Thinking in the Health Sciences* escrit l'any 1973 va tractar d'aclarir les confusions terminològiques i conceptuals que originava aquesta distinció a través de la seua concepció de la salut i la malaltia com a resultat d'un context tridimensional, i no ja bidimensional, que descobreix tant les relacions de factors causals entre si, com les relacions directes amb l'efecte (Lopez i Carvallo, 2009). A partir d'un interès epidemiològic per abordar la salut-malaltia des de les condicions que possibiliten la salut, per a Susser (1973) aquestes condicions de salut poden ser la malaltia, la dolència o el patiment: on la malaltia designa la presència objectiva d'un procés de disfunció orgànica o psicològica de l'individu, la dolència la percepció subjectiva d'eixes disfuncions, i el patiment el paper que la societat atorga a l'individu malalt i que aquest assumeix enfront de la malaltia. El model oferit per Susser, a més d'aportar una dimensió més a les especificades per Fabrega al dividir la dimensió *illness* d'aquest en *illness* (dolència subjectiva) i *sickness* (patiment social), esclareix que l'objectiu de l'estudi de la salut i la malaltia des de la seua multicausalitat o multidimensionalitat esdevé destacar i reiterar la interdependència de l'individu amb el seu context biològic, físic, social i històric, el que implica que tant la salut com la malaltia ocorren en tots els àmbits i no únicament en l'individual.

L'any 1980, el psiquiatre i antropòleg Arthur Kleinman va un pas més enllà assumint la distinció proposada per Fabrega però reconceptualitzant-la tenint en compte l'anàlisi de la biomedicina com a sistema cultural (Comelles i Martínez Hernáez, 1993). Així, si abans la *disease* definia una disfunció biològica, aquest autor problematitza la concepció d'aquesta disfunció biològica com a efecte d'una interpretació cultural per part de la biomedicina (Kleinman, 1980). La *disease*, llavors, no serà per a Kleinman la disfunció en si sinó la interpretació que la biomedicina fa de determinats processos o aspectes biològics.

Tenir la possibilitat de problematitzar la dimensió orgànica de la malaltia no implica la invisibilització en el discurs social de les altres dimensions que signifiquen aquesta, i és ací on es mou la preocupació de Good (1977). Per a aquest autor, la malaltia no esdevé exclusivament una entitat natural sinó una realitat sociohistòrica el significat de la qual sols es pot entendre a partir de les paraules, experiències i emocions que uneixen els membres d'una societat. Així, el que planteja Good és la necessitat de trencar amb el llenguatge biomèdic per a establir una comprensió de les malalties en una dimensió interpretativista i simbòlica, això és, arrelada en la cultura a la qual pertanyen els subjectes (Martínez Hernáez, 2008). Aquest autor es mou dins d'una teoria de les dimensions culturals de la malaltia (Comelles i Martínez Hernáez, 1993), el que significa que està més preocupat per la dimensió *illness* en la qual, en la línia de Thomas Csordas (1990), la separació ment-cos tendeix a desaparèixer esdevenint cos i malaltia inseparables de l'experiència subjectiva.

Preocupats perquè en l'abordatge de la malaltia des de la seua dimensió subjectiva la dimensió social quede ininterrogada, autors com Andrew Twaddle o Young aposten per l'accentuació en l'anàlisi de la salut-malaltia dels efectes que factors com les relacions socials, les estructures de rol/status i les diferències ètniques i de classe tenen en la conformació i distribució de la malaltia (Comelles i Martínez Hernáez, 1993). Des d'aquesta perspectiva, aulant també la dimensió *illness*, Susan Sontag (1990) va escriure el seu llibre *Illness as Metaphor* en què, a partir de la seua experiència amb el càncer, analitzava la malaltia més enllà dels efectes físics que aquesta provocava en el seu cos, és a dir, des de les representacions socials i les metàfores que la rodegen. El seu discurs va esdevenir un impuls dins de la problematització social de la malaltia no sols en l'àmbit acadèmic o investigador, sinó també des d'un punt de vista més quotidià en pro de desmitificar, o millor desnaturalitzar, uns processos corporals que per a nosaltres, els individus, poden esdevenir en ocasions més socials que no pas naturals.

Tal com afirma Jutel (2009), la principal diferència entre *illness* i *disease*, és que la segona es diagnòstica mentre la primera no; més aviat la primera es presenta a un metge com a pressumpta malaltia. La transformació de l'*illness* en *disease* es realitza, llavors, a través de la intermediació del sistema mèdic i del diagnòstic.

En aquest treball ens quedem fonamentalment amb la preocupació de les teories socials per evidenciar la biomedicina com a sistema cultural ideològic i el seu objecte d'estudi, la malaltia, com a significada socialment, una preocupació resolta gràcies a l'aproximació a la malaltia des de les seues diferents dimensions. Així, serà objecte d'aquest capítol distingir entre el malestar i el diagnòstic d'agorafòbia, això és, distingir entre el patiment subjectiu davant determinades situacions i el nom i interpretació que des de la biomedicina, en les nostres societats occidentals, se li dona a eixe patiment. Aquesta distinció ens és fonamental ja que del que parteix el nostre treball és de la problematització de la dimensió diagnòstica de l'agorafòbia (*disease*) sense posar en dubte que hi ha altres dimensions que participen en la malaltia, i sense invisibilitar o menysprear l'existència d'un malestar (*illness*) que, independent del diagnòstic, serà des d'on, en dialèg amb els discursos mèdics, els subjectes desenvolupen la seua agència i qüestionen el diagnòstic que els defineix mèdicament.

1.2.2. Què hi havia abans del diagnòstic d'agorafòbia?

Pel que fa als orígens de l'agorafòbia, les explicacions històriques dominants tant en el món mèdic com en el social sobre el sorgiment d'aquesta malaltia ens porten directament a la modernitat en què es va diagnosticar per primera volta. Segons Freud (1963), el nerviosisme que molts individus desenvolupaven cap a la vida moderna civilitzada es devia a la tensió entre la seua constitució individual nerviosa i les exigències de la civilització. Si els metges ja a la modernitat relacionaven cada volta d'una manera més estreta les maneres pròpies de viure de la modernitat i del nou capitalisme industrial, unes maneres organitzades al voltant d'uns ritmes ràpids i extenuants de vida, d'un escàs descans i d'un augment de les demandes i les tensions, amb el creixement de determinats tipus de trastorns mentals i nerviosos, les explicacions dels teòrics socials no distaven molt de les expressades pels seus homòlegs en el camp de la ciència mèdica. El que preocupava principalment als teòrics socials eren les conseqüències que la substitució dels mètodes tradicionals i artesans de producció i consum per la moderna producció de masses, amb la consegüent divisió del treball, poguera portar en les relacions socials i interpersonals. En aquesta línia van desenvolupar les seues teories sobre el canvi social en la modernitat i els seus efectes en les vides dels individus teòrics com Karl Marx, Émile Durkheim o Max Weber (Reuter, 2001).

Van ser Georg Simmel primer i Walter Benjamin, estudiant ocasional d'aquest, després, els teòrics socials que millor van centrar les seues teories en la ciutat moderna com el *locus* ideal per al desenvolupament de problemes mentals. Davant un nou tipus de vida urbana que suposava canvis substancials respecte als modes de vida tradicionals tant en el treball, en la vivenda, com en les mateixes relacions socials, segons Simmel, els individus van haver de prendre necessàriament distància psicològica i distància social desenvolupant "(...) an inner barrier between people, a barrier, however, that is indispensable for the modern form of life" (Simmel, 1950 citat en Frisby, 1981). Una barrera interior que els poguera funcionar com a límit de reserva enfront de la sobreexposició que provocava una cultura urbana, amb les seues relacions comercials, professionals i socials que obligava els individus a estar físicament a prop d'un gran nombre de persones. En aquest context apunta Simmel (2011):

(...) we discover an emotional trait whose pathological deformation is the so-called 'agoraphobia': the fear of coming into too close a contact with objects, a consequence of hyperaesthesia, for which every direct and energetic disturbance causes pain. The delicacy, spirituality and differentiated sensitivity of so many modern people therefore finds expression in a negative taste; that is, they are easily offended by the unacceptable, they determinedly reject what they find unsympathetic, they often abhor much if not most of what is offered to them as attractions; whereas the positive taste, the energetic affirmation, the cheerful and unreserved acceptance of what they like (in short, the actively appropriating energies) are decidedly lacking (p. 480).

En la línia de la barrera interior que descriu Simmel, l'aïllament implícit en la condició agorafòbica funcionaria com una estratègia psicològica per a poder conviure en contínua relació amb els altres, un aïllament que aquest autor es va preocupar en conceptualitzar com a efecte d'una relació específica de l'individu respecte als objectes socials que l'envolten i, per tant, com essencialment social enfront dels metges que l'entenien com a antisocial i, per tant, patològic (Reuter, 2001).

Com revela Shelley Reuter (2001), però, no van ser sols metges i teòrics socials els que advertiren dels perills de la ciutat moderna per a la salut. Si hi havia algú que dominara l'espai social modern eixos eren els arquitectes modernistes, els qual no solament treballaven en l'ordenament arquitectònic d'eixe espai modern sinó que també es preocupaven, a través del

disseny dels edificis, de netejar la ciutat de malalties físiques i també mentals. Recentment descoberta aquella nova patologia i conceptualitzada aleshores com a “por als espais oberts”, els arquitectes estaven convençuts que el disseny de les places modernes, places grans i àmplies, en contraposició a les velles i xicotetes places, era causa significativa de la dolència d’agorafòbia.

Metges, arquitectes i teòrics socials coincidien a considerar l’agorafòbia com a conseqüència inevitable de la vida urbana moderna que dominava i s’apoderava ja sense pràcticament possibilitats de retorn de les societats occidentals. Com hem vist, les explicacions de metges, teòrics socials i arquitectes respecte a l’agorafòbia ens parlen més de la seua dimensió subjectiva i social que no pas diagnòstica, ens parlen fonamentalment dels orígens moderns del malestar i el seu significat social. Sembla que aquesta és una malaltia heretada de la modernitat occidental i les maneres de viure que en aquesta modernitat s’inauguren. Però, què hi ha de la seua dimensió diagnòstica? Sabent que el primer cas d’agorafòbia es va diagnosticar l’any 1871 ens preguntem: és l’agorafòbia que vivim hui en dia un malestar modern i occidental o un diagnòstic modern i occidental?

Fem un primer exercici antropològic i tractem d’esbrinar si els malestans descrits pels manuals mèdics i psiquiàtrics sota el nom d’agorafòbia són únicament identificables en els individus a partir de la modernitat en les societats occidentals, o si podem trobar en èpoques passades i en societats i cultures diferents malestans semblants i equiparables als patits per les persones diagnosticades hui en dia amb aquesta patologia.

Si l’agorafòbia és una malaltia mental catalogada com a fòbia, el vèrtex central i el fonament de la seua raó de ser és la por. Com indica Pilar Gonzalbo Aizpuru (2009), una de les primeres expressions dels sentiments dels individus en societat ha estat la por, i la història ens ensenya que les pors que vivim actualment són les velles pors que han acompanyat sempre la humanitat, pors que com la matèria no naixen i es destrueixen sinó que es transformen històricament i permeten que hui com ahir, fa tres segles com tres mil anys, seguisca tenint sentit parlar de la por a la mort, a allò estrany i desconegut, a la solitud o a la vergonya.

Si acudim a la literatura mèdica actual sobre el tema, una de les principals pors que acompanyen els pensaments i sensacions agorafòbiques és la idea de la mort (Carrión i

Bustamante, 2012). Agafem com a exemple un cas extret d'un article psiquiàtric sobre un programa terapèutic aplicat a un trastorn de pànic amb l'agorafòbia. S. apareix descrita a l'article mèdic com una xica jove de 22 anys i soltera. Segons descriuen els investigadors, el seu principal problema i la raó per la qual decideix acudir en busca d'ajuda mèdica és la seua por a patir una malaltia o a morir-se. S. es posa molt nerviosa cada volta que algú li parla, sent o veu alguna cosa relacionada amb una malaltia. En el moment en què això passa, immediatament comença a patir els símptomes d'eixa malaltia i a espantar-se amb la idea que va a morir, tot això acompanyat d'un seguit de manifestacions ansioses tals com palpitations, marejos, tremolors o suors. Com a conseqüència d'aquesta por, S. ha optat per evitar les situacions en les quals temia que li pogueren vindre eixe tipus de crisis, situacions tals com estar sola, anar amb bicicleta, anar a un hospital, eixir de casa o trobar-se amb molta gent. Com indica l'article, després d'avaluar l'estat de la pacient i realitzar els oportuns diagnòstics diferencials, i com que els criteris que regeixen l'agorafòbia són totalment aplicables a la pacient descrita, s'arriba a la conclusió que S. pateix de trastorn de pànic amb agorafòbia i és diagnosticada com a tal (Ballester-Arnal i Botella, 1992).

En aquest cas concret, és la por a la mort (i els seus efectes evitacionals) la principal premissa que guia el diagnòstic d'agorafòbia. La por de la mort, però, no és un sentiment actual ni heretat de la modernitat. Com assenyala María del Carmen Carlé (1991) en el seu treball sobre les pors medievals en la Castella del segle XV, el temor a la mort inevitable de la qual els individus no podien escapar, fugir ni amagar-se, esdevenia un personatge més en l'escenari de vida d'aquell context i els individus n'actuaven en conseqüència. Segons aquesta autora, moltes pors del segle XV com la por a la violència, a la malaltia, a la vellesa o a la mort aliena desembocaven totes en la inevitable idea de la por a la mort pròpia, i les paraules triades en la frase amb què comencen la major part dels testaments escrits i enregistrats en aquella època: "Temiéndome de la muerte de la cual nadie puede escapar..." esdevenen un exemple literari i antropològic d'aquelles pors (Carlé, 1991). La por a la mort, però, com diu Carlé, acompanyava la vida dels castellans del segle XV de la mateixa forma que ha acompanyat la resta d'individus en tots els temps i en totes les societats de manera que, si tornem a Gonzalbo Aizpuru i a les seues reflexions sobre la por en la història i retrocedim fins a l'any 3000 abans de Crist, trobem ja en les tombes dels faraons i en els seus ritus d'enterrament rodejats de luxes i servents tant una present por a la mort com una estratègia precursora d'enfrontar-se a aquesta (Gonzalbo Aizpuru, 2009).

Juntament amb la por a la mort o a les malalties, possiblement la idea més freqüent amb la qual ens trobem si preguntem hui en dia a qualsevol pacient d'agorafòbia i, de segur, la idea que defineix la meua experiència amb aquesta malaltia (*illness*), és la por a allunyar-se del que es considera el lloc de seguretat, un lloc de seguretat usualment representat a l'actualitat per la llar (APA, 2013). De nou, pensar que la por a allò que es considera incert, desconegut, a allò que no ens és familiar i no ens inspira seguretat és una por actual hereva dels temps moderns, suposa dotar la modernitat d'una capacitat d'infondre temor única i inigualable en la història, quelcom que a més de presumptuós esdevé històricament inexacte. Evidentment les pors que despertava la modernitat o les pors que descriuria jo ara mateix en el meu malestar d'agorafòbia són pors impossibles de trobar en una forma exacta en èpoques passades i en societats diferents. L'angoixa que sent quan he de creuar una gran avinguda en la ciutat de València plena de cotxes i de soroll estant lluny de ma casa segur que cap individu primitiu, cap aborigen australià o cap dona medieval van experimentar mai, bàsicament i senzillament perquè l'espai concret en què es desenvolupa la meua por, eixes grans avingudes repletes de cotxes i de soroll, és un espai propi i únic de les societats occidentals hui en dia incomparable amb els poblats prehistòrics o amb les ciutats de l'edat mitjana. Que l'objecte concret que desperta la por actualment siga diferent del d'èpoques passades no significa, però, que en aquestes èpoques passades la por no existira. Que avui m'intranquil·litze allunyar-me de la seguretat que les ciutats occidentals actuals han infós a la llar en contraposició als perills que han atorgat als carrers, no significa que potser fa 4000 anys una dona com jo se sentira també angoixada per haver d'abandonar qualsevol cosa que fora la materialització o simbolització de la seua seguretat.

L'historiador francès Jean Delumeau (1978), una de les poques persones dedicades a l'exploració i l'estudi de les pors des d'una perspectiva històrica, exposa a través del relat literari de Panguro⁸ escrit al segle XVI un exemple del que podria ser en aquells temps la por d'allunyar-se de la seguretat i endinsar-se en espai desconegut, això és, la por a la mar. Segons Delumeau, el personatge de Panguro expressa la seua por a la mar a partir d'un comportament marcat per dos dominants: la nostàlgia de la terra, lloc de seguretat en relació amb la mar, i l'apel·lació desordenada a sants protectors. Quan Panguro diu a la novela: “¡Oh,

⁸ Panguro és un dels personatges de ficció del conjunt de noveles titulades *Gargantúa y Pantagruel* i escrites al segle XVI per François Rabelais.

cuánto más felices son aquellos que plantan coles!... todo aquel que planta coles es declarado feliz por mi decreto. ¡Ah, para mansión deífica y señorial, no hay como la tierra firme!” (Rabelais, s.XVI citat en Delumeau, 1978), està expressant una por que de segur vivien moltes de les persones que s’endinsaven a la mar en aquella època, una por que pren la forma de la mar com la meua por pren la forma dels carrers i avingudes de la meua ciutat, una por que troba com a estratègia de seguretat la terra ferma, com la meua llar esdevé estratègia en els meus temors actuals. Com diu el mateix Delumeau, al marge de la covardia personal de Panguro, l’embogiment que domina el personatge enfront dels elements desencadenats pot identificar-se com un comportament col·lectiu que fàcilment podem trobar en molts relats de viatges. I és que de la por a allunyar-se del lloc que es considera segur deriven altres pors com són la por a viatjar, una por específica que apareix també com a simptomatologia del transtorn d’agorafòbia als criteris diagnòstics del DSM-5.

Un dels antecedents històrics més antics sobre la por als viatges es registra en l’antiga Roma. Com narra Maximiliano Korstanje (2008), en un dels seus viatges nocturns l’emperador Octavi August va ser víctima d’un raig que quasi acaba amb la seva vida, a partir d’aquell fet concret l’emperador va desenvolupar una aguda por a viatjar ja que,

temía de modo insensato a los truenos y relámpagos, cuyos peligros creía conjurar llevando siempre consigo una piel de vaca marina. Al aproximarse la tempestad se escondía en paraje subterráneo y abovedado; este miedo procedía de haber visto en otro tiempo caer el rayo cerca de él durante un viaje nocturno (Suetonio, 1985 citat en Korstanje, 2008).

Per a resoldre com d’antics o d’actuals són els malestars de l’emperador Octavi August, tractem d’agafar dos dels elements que Suetonio distingeix en la por de l’emperador i portar-los a l’actualitat: un temor que Suetonio no dubta a anomenar insensat i un objecte ritual que ajuda a reduir eixe sentiment com és la pell de vaca marina (Korstanje, 2008).

Comencem pel primer element: un temor insensat. Un article sobre l’agorafòbia escrit l’any 2002 per la Unitat de Psiquiatria de l’Hospital Universtari Germans Trias i Pujol de Badalona, afirma que:

la característica esencial de la agorafobia es el miedo patológico (desproporcionado, irracional y fuera del control voluntario) a un conjunto de situaciones diferentes en las que el sujeto se siente indefenso ante la posibilidad de presentar crisis de pánico o alguno de sus síntomas específicos, especialmente mareos o diarreas, y a no poder huir o recibir ayuda de forma inmediata. El miedo suele provocar conductas de evitación de esas situaciones temidas (Díez-Quevedo, Rangil i Sánchez Planell, 2002).

Quant al segon element que Suetonio identifica en el malestar de l'emperador Octavi August, aquest fa referència ja no a símptomes ni a causes, sinó a les estratègies d'aquest per portar i enfrotar aquesta por. L'emperador es fa servir d'un objecte ritual com és la pell de vaca marina, el qual li ajuda a reduir el seu seu sentiment de temor. A aquest respecte, un estudi sobre l'exposició en viu i l'ús de tècniques cognitiu-conductuals en pacients d'agorafòbia realitzat per la UMH indica que la resposta des del punt de vista motor dels pacients d'agorafòbia:

se refleja en conductas de seguridad, como el escape (tomar psicofármacos, volver a casa, llamar a un amigo, sentarse o tumbarse) o la evitación (se evita conducir, salir a la calle o utilizar transportes públicos) o conductas de seguridad "sutiles", es decir, de escape encubierto: llevar psicofármacos consigo, llevar "objetos mágicos" (móvil) o ir acompañada (Espada, Galván i Van der Hofstadt, 2007).

Així, doncs, experiències com les que vivim en l'actualitat les persones diagnosticades d'agorafòbia existien en temps de l'Imperi Romà i de ben segur que han acompanyat a totes les civilitzacions que ens han precedit. Per això, i perquè no únicament no és un malestar modern sinó que tampoc ho és sols occidental, cal que contrastem els resultats dels relats que hem mostrat sobre la por dels viatges amb el que Gerardo Fernández Juárez (2000) ens conta sobre el poble *aymará*. El poble *aymará* és un poble originari d'Amèrica del Sud que habita l'altiplà andí del llac Titicaca des de temps precolombins repartint-se entre l'occident de Bolívia, el sud de Perú i el nord de Xile. Un dels mals que afecta aquest poble des que es tenen registres antropològics fins a l'actualitat és el que es coneix com la pèrdua de l'ombra. Tot naix del que la mitologia *aymará* coneix com els *xaxras* i els *ñanqhas*. Aquests personatges nocturns malignes tenen l'habilitat i el costum de sorprendre els individus del poble *aymará* en els camins durant els seus usuals viatges a peu pels serrals agarrant-los i

furtant-los el que per a ells és la part més substantiva i representativa de l'ésser humà, és a dir, la seua *ch'iwi*, la seua ombra, o almenys una de les tres ombres que formen part de les persones i que són identificades com a ànimes. Com narra Fernández Juárez, de la pèrdua de l'ombra deriva un immediat i gradual malestar que obliga els individus que el pateixen a acudir a un “*Yatiri* o maestro ceremonial” que puga restituir-los l'ombra extraviada com més prompte millor. Aquest malestar es considera en la cultura *aymará* una malaltia i l'encarregat de curar-la no és el metge tradicional, la consulta al qual queda descartada d'immediat pel poble *aymará*, sinó el mateix *Yatiri* que a partir d'una fulla de coca és capaç tant de diagnosticar-la com de curar-la (Fernández Juárez, 2000). Maximiliano Korstanje (2008), a propòsit del que relata Fernández Juárez, destaca l'experiència del poble *aymará* com una ansietat o por a tot el que és desconegut provocada pels desplaçaments transitoris que suposen els viatges, i assenyala que és específicament el canvi de paisatge o d'ambient allò que desperta eixa por “molt natural” en els individus i a la qual cada cultura associa tant les seues trames de significació com els rituals amb què fer-li front. Una por “natural” a endinsar-se en els camins i a viatjar que deriva en malaltia per al poble *aymará* d'una manera semblant a com la meua por a allunyar-me de ma casa va derivar fa 15 anys en un diagnòstic d'agorafòbia.

Tot el que hem desenvolupat fins ara ens torna a la pregunta que ens plantejàvem més amunt: és l'agorafòbia un malestar modern occidental o un diagnòstic modern i occidental? Per tractar de respondre-la completarem les comparacions exposades amb l'adaptació al nostre tema de la tesi elaborada per Oscar Guasch sobre la història de l'homosexualitat. Guasch afirma que abans del segle XIX no existien els homosexuals. Com pot ser això, ens preguntarem, si per totes i tots són sabudes les historietes de bacanals entre homes organitzades pels grecs o que els romans sodomitzaven els seus esclaus? El que ens diu Guasch no és que abans del segle XIX no hi haguera persones definides amb un mateix sexe que mantingueren relacions sexuals entre elles, el que ens diu aquest autor és que eixes persones no podien ser catalogades com a homosexuals perquè encara no s'havia creat eixa etiqueta, perquè fins al segle XIX la medicina no va organitzar les perversions sexuals descomposant i classificant la categoria religiosa del sodomita i assignant-li a unes pràctiques que havien existit sempre el nom d'homosexualitat (Guasch, 2007).

Amb l'agorafòbia passa exactament el mateix. El malestar de l'agorafòbia ha existit sempre, la qüestió clau ací és que eixes pors i eixos malestars es conceptualitzen com a agorafòbia (*disease*), amb les característiques amb les quals identifiquem hui en dia eixa malaltia, sols a partir de la modernitat. Així, podríem dir el mateix que diu Guasch (2007) de l'homosexualitat, és a dir, que l'agorafòbia no existia abans del segle XVIII o, com diu Hacking (2002), que abans d'aquest període no existia aquesta manera de relacionar-se amb u mateix i amb l'entorn, perquè és en aquest segle en què se li posa nom, en què "s'inventa" i es construeix com a "por als espais públics" a partir d'una concepció històrica i arquitectònica moderna de l'espai públic impossible de trobar abans (grans avingudes, àmplies places, etc.) i d'uns modes de viure moderns, és a dir, a partir d'unes determinades característiques modernes que arrosseguem fins a l'actualitat. Per això, pot ser, ens costa identificar en una persona diagnosticada d'agorafòbia en l'actualitat i en la seua por a creuar un carrer un malestar semblant al d'aquelles persones al segle XVI que temien creuar la mar, i és que cada societat dona forma a les seues pors i són les idees que dominen en cada època les que marquen els objectes als quals tenir-los por.

Per què apareix el diagnòstic en eixe moment? Per què fa 140 anys i no abans, amb tots els malestars antics que hem comprovat que existien? Tornarem amb més profunditat a aquesta qüestió al següent apartat, de moment, però, cal que ens quedem amb la idea plantejada en aquest, reiterant la nostra afirmació en què l'agorafòbia no és un malestar modern ni occidental sinó un diagnòstic d'aquella època i aquell context que arriba fins a l'actualitat, de tal manera que si els castellans i castellaneres del segle XV dels quals ens parla Carlé, Panguro, l'emperador Octavi August, els habitants del poble *aymará* i els *Achilpa* visqueren ara i en les nostres societats occidentals, de segur que molts d'ells estarien diagnosticats d'agorafòbia.

1.2.3. Contextualització històrica del diagnòstic

Corria l'any 1871, Berlín s'acabava de convertir en capital de l'Imperi Alemany quan, liderada per Otto von Bismarck, Prússia aconseguí la unificació alemana després de guanyar dos guerres contra Àustria i França. En un lloc concret a l'est d'aquest Berlín imperial, el neuròleg i psiquiatra alemany Carl Westphal emprén un experiment amb tres pacients masculins que acudeixen a la seua consulta afirmant sentir-se nerviosos i ansiosos. L'experiment consisteix

en el fet que aquests tres individus travessen una enorme i concorreguda plaça pública, la Dönhofsplatz, per a consultar-li després al metge les seues sensacions. Els tres pacients coincideixen en titllar l'experiència d'aterridora, insegura i difícil, i asseguren que seria molt més suportable si pogueren comptar amb companyia a l'hora de creuar aquella enorme plaça o si estigueren més a prop de casa seua (Westphal, 1871). Arran d'aquest experiment Westphal escriurà un article mèdic en el qual definirà els símptomes i les sensacions viscudes pels seus pacients com a agorafòbia, això és, por als espais oberts i abarrotats de gent, i posarà per primera vegada en la història nom a aquests malestars. Aquest és el començament d'unes dècades en les quals el transtorn d'agorafòbia començarà a aparèixer de manera cada volta més sovint en la literatura psiquiàtrica fins a ser, en l'actualitat, un dels transtorns mentals més diagnosticats en les societats occidentals.

Les sensacions experimentades pels tres pacients de Westphal que apareixen a la seua definició del diagnòstic són semblants a les que descrivíem en l'apartat anterior: inseguretat, por, necessitat de companyia i anhel de proximitat amb el lloc segur. Llavors, per què en aquest moment se li posa nom mèdic i es patologitza aquest malestar? Per què en aquest lloc i moment de la història i no en un altre?

Abans d'entrar de ple en les preguntes, i per poder entendre com les resoldrem, cal primer que contextualitzem el Berlín de 1871 de Westphal i les dècades que el segueixen, i ho fem a partir d'Eric Hobsbawm (2012). Finals del segle XIX i principis del segle XX es caracteritzen en les societats occidentals per la consolidació del capitalisme industrial. El capitalisme industrial naix de la Revolució Industrial que s'inicia en la segona meitat del segle XVIII i no es desenvoluparà plenament fins als anys 1830 o 1840. Aquesta Revolució Industrial va suposar en un nivell primer la transformació dels processos productius i la seua transferència de la llar o el taller artesà a la fàbrica, va convertir el treball manual en mecànic i va exigir l'aportació laboral d'un nombre cada vegada més elevat de treballadors. La producció en sèrie i l'acumulació de capital que provocava aquest nou mode de gestionar la producció van gestar els inicis d'un model econòmic, el capitalista. Parlem dels canvis en la producció, en la tecnologia i, per tant, en l'economia d'aquesta època, com a canvis de primer nivell perquè, lligades a aquestes transformacions, en sorgiran d'altres en molts distints àmbits. Per exemple, en l'àmbit demogràfic el capitalisme industrial va suposar la conversió d'una societat tradicional, rural i agrícola, en una societat urbana i industrial, amb el consegüent

traspàs de gent dels camps a les ciutats, el desenvolupament dels transports i l'augment de les migracions nacionals i internacionals.

Per a una contextualització a nivell social prenem com a model el treball de Clara Eugenia Lida (1997). Segons aquesta autora, la consolidació del capitalisme industrial es caracteritza per damunt de tot per dibuixar un nou marc de classes protagonitzat pel proletariat urbà i la burgesia industrial. El proletariat urbà naix fruit de l'èxode massiu de camperols a les ciutats i pren la forma, ara urbana, ara obrera, de l'antic agricultor rural. Els camperols nouvinguts a la ciutat hauran de bregar amb llargues jornades de treball a les fàbriques, baixos sous, amuntegament i unes condicions, en general, fortament desiguals respecte als amos de les fàbriques i centres de producció. A l'altre extrem de l'escala social sorgeix la burgesia industrial, propietària dels mitjans de producció i dels productes dels treballadors sota el nom d'empresariat. Aquesta nova burgesia desplaça definitivament el privilegi de l'antiga aristocràcia terratinent a través d'uns mèrits no basats ja en la sang sinó en l'acumulació de capital. El nou escenari social esdevé, així, un escenari desigual fonamentat en eixe nou joc capitalista en el qual uns treballen sense posseir els mitjans ni els productes del seu treball i els altres acumulen capital a través de la possessió d'eixos mitjans i eixos productes que no treballen.

Si parlem de desigualtat social, però, no ens podem quedar sols amb la desigualtat de classe, sinó que ens cal atendre també la desigualtat de gènere que, com en altres èpoques i altres temps, jugarà un paper crucial en l'adveniment (o organització) del nou context. Ens fem valdre en aquest nivell genèric del treball de Mónica Bolufer (1998). Per a aquesta autora, de manera transversal a la lluita de classes, el capitalisme dotarà al nou marc social dels elements necessaris per a esbossar els nous models de feminitat i masculinitat que s'interpretaran en el recentment estrenat panorama social. Dins de la burgesia trobarem l'home burgès empresari posseïdor i gestor dels mitjans de producció i del capital i la dona burgesa mestressa de casa encarregada de l'organització de la vida en la privacitat de la llar. Pel que fa al proletariat, tot i que a efectes pràctics el treball en la classe proletària es desenvoluparà tant per homes com per dones, trobarem també distints models de gèneres en què l'home esdevindrà per antonomàsia el treballador obrer de les fàbriques mentre que el rol de la dona es mourà més íntimament en el terreny de les cures i la reproducció.

Després del resum realitzat sobre la consolidació del capitalisme industrial i els seus efectes en l'organització social, i amb l'experiència del que seguim vivint dia a dia immersos en aquest model econòmic, podem corroborar i corroborarem quelcom que esdevindrà clau per a entendre aquest apartat, això és, la conceptualització del capitalisme no sols com a sistema econòmic sinó sobretot com a ordre social. I així, com a ordre social, el capitalisme necessitarà unes lleis i unes normes que assegurin i garantiscin la seua supervivència ja que "hay condiciones sociales que empujan y le dan éxito al capitalismo. Éste exige cierta tranquilidad del orden social, así como una cierta neutralidad, o debilidad, o complacencia del Estado" (Braudel, 1985, p.28).

Amb el que acabem d'exposar, ens trobem ja en posició de desglossar la resposta a la pregunta que guia i motiva aquest apartat, això és, per què el diagnòstic d'agorafòbia sorgeix en aquest context i moment de la història i no en un altre?, i ho farem a partir de tres suposicions que, vinculades i solapades entre si, formen part d'una mateixa argumentació. Per a dirimir aquesta qüestió, però, ens serà indispensable el treball realitzat per Reuter (2001, 2006) sobre el sorgiment i desenvolupament de l'agorafòbia als països de parla anglesa, un treball titulat *The very opposite of calm: a socio-cultural history of agoraphobia* i un posterior article derivat d'aquest treball que utilitzarem com a eixos ací i al llarg de tota la nostra investigació a partir dels quals moure'ns, discutir i descobrir.

La primera suposició que ens revela per què el diagnòstic d'agorafòbia apareix aquests anys fa referència a l'auge que durant aquest període assoleix la psiquiatria mèdica. Així, segons Reuter (2001), com millor s'explicaria, en part, el sorgiment de la categoria "agorafòbia" en aquesta època seria a partir de la posició hegemònica i d'autoritat que la medicina aconseguix al segle XIX fruit de la secularització i la pèrdua de poder d'una església incapaç d'explicar i fer front als problemes quotidians dels individus. L'expansió del paper de la medicina en la societat va comportar, entre altres coses, una divisió i una especialització major del treball mèdic, i l'especialització cap a la qual molts metges van tendir fou la psicologia mèdica, la demanda de la qual no feia més que augmentar, ja que la psiquiatria proporcionava als individus un marc per poder expressar-se, parlar d'ells mateixos i, sobretot, dels seus problemes, un marc que, a més, prometia solucions. D'aquesta manera la psiquiatria va anar convertint-se a poc a poc en guardiana de les pràctiques dels individus

marcant aquelles que esdevenien problemàtiques i aquelles que no, en definitiva, custodiant l'ordre social.

La posició hegemònica de la medicina i l'auge de la psiquiatria no explicarien per si sols, però, la delineació del diagnòstic d'agorafòbia per a aquesta autora, sinó que per a la seua consecució va ser necessari, a més, un canvi en la societat de manera que "anxiety and panic no longer appeared as more or less continuous or recurrent features of common life, but rather as exceptional and to some extent avoidable disturbances to individual mental health and well-being" (Clark, 1995, p. 567 citat en Reuter, 2006). Les maneres de viure ràpides i els nous desafiaments de la nova existència urbana característics de la modernitat provocarien en aquests anys un augment de les ansietats, amb un consegüent augment de la necessitat de conceptualitzar aquestes ansietats per a remeiar-les i curar-les (Reuter, 2006). Aquestes argumentacions sobre la modernitat ens porten directament a la segona suposició que explicaria el sorgiment d'aquest diagnòstic precisament en aquest període històric.

L'anàlisi de Reuter, i el gran pes que li dona en tot el seu treball sobre l'agorafòbia a l'època moderna amb la consegüent invisibilització històrica d'aquest malestar més enllà de la modernitat, ens pot portar a confusions sobre si l'autora vincula la modernitat amb el sorgiment del malestar agorafòbic, sols amb el sorgiment del diagnòstic o amb els dos. La modernitat, sense dubtes, va suposar un gran canvi social en les maneres de viure dels individus en l'àmbit econòmic, polític, social, cultural, en l'àmbit individual i quotidià i també des del punt de vista col·lectiu. Així i tot, però, com véiem en l'apartat anterior, resulta inexacte i desproporcionat endossar el sorgiment de les pors i els malestars que envolten el que després s'anomenaria com a agorafòbia únicament a aquests canvis socials moderns, seria, en canvi, més correcte admetre que amb els canvis socials moderns les pors i els malestars de sempre es dibuixaran de noves maneres adaptant-se als nous espais i exigències socials. Amb el que sí que ens quedem de l'anàlisi de Reuter és, però, amb el paper de la modernitat en la conceptualització novedosa d'aquestes ansietats (de sempre) com a extraordinàries, anormals, perilloses, tractables i, per tant, curables. Així, doncs, un segon motiu del sorgiment d'aquest diagnòstic en aquest moment seria la influència de les teories socials i mèdiques respecte als perills que les noves condicions socials assolides, i les formes "anormals" que adopten les pors i les ansietats sota aquestes noves condicions, poden comportar tant per a la salut individual com col·lectiva i com de necessari és explicar-

les per poder curar-les, sent així, com afirma Reuter, les ansietats pel canvi social les que informen les idees del segle XIX sobre l'agorafòbia (Reuter, 2001).

Però peguem-li una volta a açò que acabem d'exposar i busquem què més pot haver-hi al darrere d'aquesta nova conceptualització de les pors i les ansietats com a extraordinàries, és a dir, per què comencen a esdevenir aquests malestars perillosos i anormals just en aquest moment? La contestació a aquesta pregunta esdevé la tercera suposició que formulem per a explicar la ubicació i temporalització del diagnòstic que ens ocupa, i la podem trobar en la contextualització que féiem al començament d'aquest apartat en la qual caracteritzàvem finals del segle XVIII i el segle XIX com l'època del sorgiment del capitalisme. D'acord amb això, podríem suggerir que determinades pors, ansietats i malestars esdevenen disfuncionals al sistema capitalista, en tant que dificulten o impossibiliten pràctiques quotidianes tan vinculades al nou ordre econòmic com treballar fora de casa o, més tard amb l'extensió del mercat de consum, com comprar. A partir d'ací, la no realització d'aquestes pràctiques necessitaria ser patologitzada i tractada.

Cal explicar, arribades a aquest punt, que no existeixen dades exactes respecte al primer diagnòstic d'agorafòbia registrat a l'Estat espanyol. Malgrat açò, tenim l'apreciació del director del departament d'Història de la Medicina de la UV que ens va manifestar que, quasi amb tota seguretat, el primer diagnòstic d'agorafòbia es donaria a l'Estat espanyol poc després i en paral·lel al cas de Westphal l'any 1871, en tant que l'Estat espanyol solia seguir en aquella època els mateixos patrons que la resta d'Europa, malgrat les especificitats, en termes d'investigacions i diagnòstics mèdics.

1.2.4. Evolució del diagnòstic fins l'actualitat

Tot i que, com hem vist en l'apartat anterior, l'agorafòbia es “descobreix” l'any 1871, no és fins l'any 1980 que s'inclou per primera vegada dins del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals de l'APA.

En el primer DSM publicat l'any 1952, doncs, no es parla d'agorafòbia però sí d'ansietat i de fòbies a situacions específiques. Aquests malestars es conceptualitzen en aquest DSM-I com

a trastorns psiconeuròtics, concretament com a trastorns d'origen psicogènic o trastorns sense causa tangible, conceptualització que denota, com veiem al punt 1.1.1.2.1., la importància de les causes en aquest primer manual. Concretament es defineix el criteri de reaccions fòbiques com l'ansietat despresa d'una idea, objecte o situació específica en forma de por neuròtica específica. Les formes que comunament observa aquest primer manual de reaccions fòbiques inclouen por de la sífilis, brutícia, llocs tancats, llocs alts, llocs oberts, animals, etc. Com afirma el text, el pacient intenta controlar la seua ansietat evitant l'objecte o la situació fòbica (APA, 1952).

En el DSM-II, publicat l'any 1968, l'ansietat i les fòbies passen a entrar dins de la categoria general de "neurosi d'ansietat". Aquesta nova conceptualització relacionada amb la neurosi s'explicaria per la influència de Freud durant aquests anys. A més, i seguint aquesta línia freudiana, dins de la neurosi es situarà també en el manual l'histèria. Segons aquest segon manual, l'ansietat és la característica principal de les neurosi. La neuròsi fòbica apareix definida com una condició que es caracteritza per una por intensa a un objecte o situació que el pacient reconeix conscientment com un perill real per a ell. Aquesta aprensió pot ser experimentada com a desmai, fatiga, palpitations, transpiració, nàusees, tremolor i fins i tot pànic (APA, 1968).

L'any 1980 es produeix la revolució psiquiàtrica de la qual hem parlat al punt 1.1.1.2.1., una revolució que afecta també la categoria d'agorafòbia. És en la tercera edició del DSM publicada aquest any quan apareix per primera vegada l'agorafòbia com a entitat diagnòstica dels trastorns d'ansietat. El DSM-III fixa dues vessants dins de la categoria agorafòbica: l'agorafòbia amb atacs de pànic i l'agorafòbia sense atacs de pànic. Els criteris diagnòstics que estableix per a l'agorafòbia són: la por i, per tant, l'evitació de l'individu d'estar sol o en llocs públics dels quals escapar pot ser difícil, per exemple, multituds, túnels, ponts o transport públic; la constricció creixent de les activitats normals fins que la por o el comportament d'evitació dominen la vida de l'individu, i; el diagnòstic diferencial respecte a la depressió major, el trastorn obsessiu compulsiu, el trastorn de la personalitat paranoide o l'esquizofrènia (APA, 1980).

En la revisió produïda a aquesta tercera edició, set anys després de la seua publicació, es produeix una xicoteta modificació en la qual el trastorn de pànic passa a ser entés com el

trastorn primari i l'agorafòbia un derivat d'ell. Així, mentre en el DSM-III l'agorafòbia, amb i sense atacs de pànic, i el trastorn de pànic s'inclouen en dues categories diferents dins dels trastorns d'ansietat, en el DSM-III-R el diagnòstic de trastorn de pànic precedeix al d'agorafòbia, apareixent així les categories: trastorn de pànic sense agorafòbia, trastorn de pànic amb agorafòbia i agorafòbia sense història de trastorn de pànic (APA, 1987).

La inclusió de l'agorafòbia en el DSM per primera vegada l'any 1980, dècada per excel·lència d'augment de les revolucions i moviments feministes, en uns moments d'absoluta feminització del diagnòstic (Reuter, 2001, 2006), és a dir, en uns moments en què les dones són majoritàriament diagnosticades d'aquesta patologia enfront dels homes que ho són molt menys, ens pot donar pistes al voltant del que veurem al punt 1.2.4.1., açò és, les lectures socials que subjauen al diagnòstic.

En el DSM-IV de l'any 1994, segueix sent predominant el diagnòstic del pànic sobre l'agorafòbia, mantenint-se les mateixes categories diagnòstiques. L'agorafòbia apareix, aleshores, dins dels trastorns d'ansietat i sempre lligada al pànic. Aquest manual defineix les característiques diagnòstiques de l'agorafòbia a partir de l'aparició d'ansietat al trobar-se l'individu en llocs o situacions on escapar pot resultar difícil o on, en el cas d'aparèixer una crisi d'angoixa o símptomes similars a l'angoixa, no pot disposar d'ajuda, dels comportaments permanents d'evitació a determinades situacions i de la possibilitat d'enfrontar-les en companyia d'algun conegut. Per últim, el manual assenyala que el comportament característic d'evitació d'aquestes situacions per part de les persones agorafòbiques pot conduir a un deteriorament de la capacitat per a efectuar viatges de treball o per a dur a terme responsabilitats domèstiques tals com anar al supermercat o portar els xiquets al metge (APA, 1994).

L'any 2013 es publicà la que fins ara és l'última edició del DSM, el DSM-5, on l'agorafòbia apareix com a entitat independent del trastorn de pànic. En aquesta quinta edició l'agorafòbia apareix definida com una por o ansietat intensa sobre dos o més de les cinc situacions següents: ús de transport públic, estar en espais oberts, estar en llocs tancats, fer cua o estar al mig d'una multitud i estar fora de casa sol. Es parla de nou d'evitació d'aquestes situacions, de por desproporcionada al perill real que plantegen les situacions agorafòbiques i el context cultural, de deteriorament en l'àmbit social, laboral i altres àrees

del funcionament i de diagnòstic diferencial. A més, per primera vegada es perioditza el malestar, per a ser trastorn, a sis o més mesos (APA, 2013).

Ja ho hem assenyalat anteriorment, però és important recalcar que en l'actualitat l'APA i l'OMS treballen conjuntament en la conjuminació de criteris diagnòstics que puguin ser plasmats de manera unitària i coherent tant en el pròxim DSM com en el manual de l'OMS, el CIE.

1.2.4.1. Lectures socials subjacents

Com hem esmentat al punt 1.1.2., Wakefield és un dels autors més citats en l'actualitat en el marc de la sociologia de la salut mental en la mesura que les seues teories suposen una bastimentada entre la sociologia i la medicina. Estem d'acord amb aquest autor en la necessitat de definir el trastorn mental perquè, si no, tot i res pot cabre dins.

Amb el concepte de disfunció danyosa, Wakefield (1992) intenta distingir al seu treball *The concept of mental disorder on the boundary between biological facts and social values* el malestar real de la depressió d'altres processos emocionals quotidians per tal que la psiquiatria pugui ser útil al patiment humà. Si tractem de fer un exercici breu sobre l'aplicabilitat del concepte de disfunció danyosa per a l'agorafòbia observem que aquesta categoria diagnòstica en l'últim DSM està definida de manera molt concreta, amb espais molt concrets com els mitjans de transport, els mercats, les tendes, els cines, i amb una temporalitat no explicada (per què sis mesos i no huit o deu o cinquanta?) que suposem que intenta diferenciar el malestar agorafòbic de traumes concrets que derivarien en el diagnòstic d'estrés posttraumàtic.

Pel que observem respecte de com està construïda aquesta categoria diagnòstica diríem que no podria extreure's o diferenciar-se en aquesta el patiment danyós que pretén Wakefield amb la seua teoria, aquell que fa difícil la vida de les persones que el pateixen, de la normativitat actual en termes neoliberals o genèrics plasmada en espais com els mercats, les botigues o els cines. Açò ens porta a ratificar el nostre interès en qui i per què està sent diagnosticat actualment en l'Estat espanyol d'agorafòbia, així com en el que hi ha darrere

d'aquest diagnòstic. D'aquest interès deriva la nostra atenció a les lectures socials que subjauen al diagnòstic agorafòbic.

De les anàlisis de Reuter (2001, 2006) es desprén que durant les primeres dècades des del sorgiment del diagnòstic d'agorafòbia aquest informava especialment d'una patologia que afectava homes blancs de classe mitjana, quelcom que canviarà a partir dels anys 20, 30 i sobretot 40 del segle XX passant de ser un diagnòstic masculí a un diagnòstic que afectarà de manera molt majoritària dones blanques de classe mitjana. Relacionades amb l'agorafòbia estan, segons l'autora, les qüestions de la raça, la classe i el gènere, en la mesura que aquest diagnòstic ha estat en gran part percebut com un fenomen blanc de la classe mitjana. Si tal com suggereix Grob (1991), és comú que les malalties, tant físiques com mentals, siguin racialitzades, llavors, com afirma Reuter (2001), la invisibilitat de la raça en el discurs agorafòbic esdevé un tipus de racialització.

Al voltant de la invisibilització o infrarepresentació d'aquelles ètnies que no són la blanca-caucàsica en les estadístiques mèdiques oficials de les societats occidentals hi ha diverses teories explicatives, i són les més destacades aquelles que aboguen perquè aquesta invisibilització es deu a les dificultats d'accés de determinats grups ètnics als recursos mèdics o a la desconfiança d'aquests grups cap a la biomedicina i la seua preferència per altre tipus de sabers mèdics alternatius (Menéndez, 1994). Aquestes teories són també aplicades de manera semblant al gènere per estudis feministes que treballen des de la línia que investiga la relació existent entre els processos socials i l'etilogia dels patiments mentals, partint de la situació d'inequitat que caracteritza la vida de les dones (Ordorika, 2009).

Nosaltres pretenem abordar aquesta invisibilització, però, des d'altra perspectiva. El que ens interessa a nosaltres no és tant com les discriminacions o les desigualtats socials i vivencials en termes de raça i gènere tenen conseqüències per a la salut i la malaltia, com el fet que els conceptes i les definicions de raça i gènere expliquen els conceptes de salut i malaltia en un moment i un espai determinats.

Els conceptes de salut i malaltia ens parlen de subjectes i no-subjectes (abjectes) al pur estil butlerià. Tal com George Miller Beard va confessar l'any 1881 al seu tractat sobre el nerviosisme, la malaltia nerviosa a penes existeix entre salvatges, bàrbars, semibàrbars o

persones parcialment civilitzades, sent aleshores la civilització el factor constant, el fonament de totes eixes neurosis (Reuter, 2001). En el cas del diagnòstic d'agorafòbia el que és revelador és que sols un tipus de subjectes (homes blancs de classe mitjana primer i dones blanques de classe mitjana després), equiparables a les persones civilitzades de què parla Beard, han estat històricament diagnosticats d'aquesta patologia. És així perquè sols aquests, com a definitoris del que és el subjecte, un subjecte que al seu temps necessita per a tenir sentit com a tal la presència de l'abjecte (Butler, 2001), han tingut i tenen l'obligació de "ser" normals i, per tant, sols ells poden "ser" patològics. El no-subjecte o abjecte queda llavors fora tant de l'element normal com del patològic.

Sandra Harding (1996) ha destacat com l'estructura social de la ciència, les seues aplicacions i tecnologies, així com les seues formes de definir els problemes d'investigació i de construir i conferir significats són racistes, sexistes i classistes, quelcom que aplicariem ací a la ciència mèdica quant a la definició del diagnòstic d'agorafòbia. El que subjau a aquest diagnòstic és una concepció concreta, espacial i contextual del que és (i pot ser) normal i, en construcció contraposada, el que és (i pot ser) patològic, d'acord amb uns interessos determinats, uns interessos relatius a eixe espai i eixe context de què parlem, en la mesura que la forma en què es presenta aquesta relació d'alteritats dependrà en exclusiva del context i el moment en què es realitzen les classificacions i distincions (Nash, 2001).

Així, i centrant-nos en la qüestió genèrica que és la que motiva aquest treball, aplicarem amb cautela i concessions l'afirmació materialista que diu que a les societats capitalistes el concepte de malaltia ocult, és a dir, el que subjau a la definició científica, biològica, individual i oficial del que és la malaltia, es refereix a la incapacitat per a treballar, quelcom que la ubica en la seua relació amb l'economia i, eventualment, amb la creació de la plusvàlua i la possibilitat d'acumulació capitalista (Laurell, 1982). Amb cautela d'acord amb una preocupació per no sobrevalorar l'esfera econòmica com a explicadora de la definició de malaltia, almenys el que s'entén hegemònicament com a economia real, eixa que parla d'espais mercantils on s'intercanvien béns i serveis, eixa que no busca sostenir la vida sinó que posa la vida al servei de l'acumulació de capital (Pérez Orozco, 2014). Amb concessions en tant que ens preguntem: són els interessos econòmics i productius capitalistes, això és, la necessitat de ratificar que els homes havien de produir, el que hi va haver darrere de la creació del diagnòstic d'agorafòbia i les primeres dècades de masculinització d'aquest? Va

ser l'expansió del mercat de consum capitalista el que va propiciar el canvi de gènere del diagnòstic? Quins elements d'ordenament de gènere hi ha al darrere d'aquest diagnòstic?

1.3. El diagnòstic “dona”

“La mujer no nace, se hace” (De Beauvoir, 2005)

“La mujer es puro cuento” (Stolcke, 2003)

A la revisió mèdica dels quatre mesos d'un cos embarassat, la metgessa o el metge asseguda o assegut davant la pantalla de l'ordinador que transforma en imatges el ressò de les ones sonores que un xicotet micròfon en contacte amb la panxa embarassada capta, emet un veredict amb només dos possibles solucions: és xiquet o és xiqueta. Aquesta asseveració provinent de la institució mèdica esdevé un diagnòstic equiparable al de “tens pneumònia” o “eres diabètic”. A partir d'aquest diagnòstic mèdic consistent en la identificació en l'ecografia d'uns “òrgans sexuals” determinats masculins o femenins, es posen en marxa una sèrie de processos i dinàmiques socials que projecten eixe sexe diagnosticat mèdicament en el que coneixem com a gènere, a partir del sistema sexe-gènere hegemònic en les nostres societats occidentals: el gènere és a la cultura allò que el sexe és a la biologia. Comencem a comprar per al bebé robeta rosa o blava depenent de si és xiqueta o xiquet, li parlem en femení o masculí depenent del que el metge ens ha dit que “és”, els primers reis mags li porten una pilota o una nina com a conseqüència del que els seus “òrgans sexuals” han evidenciat, en definitiva, eduquem eixa personeta en les conductes i normes socials pertanyents al “seu” sexe. Respecte a aquest sistema sexe-gènere, al sexe “home” li pertany el món masculí i al sexe “dona”⁹ el femení, aquest binomi home/dona i la seua correspondència amb el masculí/femení són el mantra d'aquest sistema genèric, això és, el que el Padre Nuestro és per al cristianisme o el Gayatri per a l'hinduisme.

A partir dels anys 70 i 80 naix una nova proposta feminista, la postestructuralista, amb l'objectiu de posar en dubte aquest sistema sexe-gènere i el seu binarisme. Per a aquestes feministes, el sistema sexe-gènere s'alimenta de la creença que diu que el sexe és una realitat donada, natural i evident, quan en realitat esdevé una construcció social de la mateixa

⁹ A partir d'ací, al llarg de tot el treball els termes “dona” i “home” apareixeran entre cometes per a denotar el seu caràcter artificial i construït.

manera que ho és el gènere (Butler, 2001). El sexe no esdevé ací la veritat d'una realitat biològica, sinó la interpretació i la lectura social i cultural que es fa d'eixa realitat biològica.

Les argumentacions postestructuralistes ens tendeixen ací la mà per a problematitzar el diagnòstic “dona” com a diagnòstic mèdic, com a veritat objectiva, evidenciant la seua artificiositat i transportant-nos a una concepció del gènere com a posicionaments fluids, canviants, plàstics i travessats per les relacions de poder en un sentit foucaultjà. Una concepció que ens permet visibilitzar la diversitat palpable en les múltiples feminitats i masculinitats que habitem els subjectes en convergència amb altres posicionaments com poden ser l'ètnia, la classe o les sexualitats (Grau-Muñoz, 2012).

Sabem que hui en dia la presència del diagnòstic d'agorafòbia en “dones” és explícitament major que en “homes” (Altemus i Epstein, 2008) fins al punt que determinats estudis de parla anglesa suggereixen que entre un 70 i un 90% de la població diagnosticada d'agorafòbia són “dones” (Bekker, 1996). Pel que fa a l'Estat espanyol, actualment hi ha dades que parlen de fins al triple de diagnòstics femenins que de diagnòstics masculins d'agorafòbia (Cano Esteban, 2012). Segons Kirsten Jacobson ““women” to be 89% more likely than “men” to suffer from agoraphobia” (Jacobson, 2011. Cometes nostres), o el que és el mateix, més propenses a ser diagnosticades d'agorafòbia (*disease*).

Quedant-nos amb això, al present capítol tractarem de: fer un desxiframent del que ha pogut significar en l'Estat espanyol històricament per al diagnòstic d'agorafòbia el “diagnòstic dona”, partint de les tesis de Reuter (2001, 2006) però interpretades des del posicionament de gènere d'aquest treball, des del seu sorgiment l'any 1871 fins l'actualitat; analitzar les possibles implicacions que la institució mèdica com a emissora del diagnòstic agorafòbic, entrecruat ací amb el “diagnòstic dona” també mèdic, té en la transmissió d'uns determinats models i relacions de gènere, i; plantejar les possibilitats d'agència i resistència davant aquest diagnòstic mèdic-genèric (*disease*) de les persones diagnosticades, unes possibilitats que naixeran a partir de la seua vivència i experiència amb el malestar (*illness*) i a partir del diàleg d'aquesta experiència amb els discursos mèdics i socials.

1.3.1. Relació diagnòstic agorafòbia - diagnòstic “dona”

Ha estat impossible trobar treballs o investigacions que s'aproximen a l'estudi de l'agorafòbia des de les teories de gènere o feministes en llengua catalana o castellana. Aquesta tasca, en canvi, ha resultat una mica més fructífera quan ens hem centrat en els estudis de parla anglesa.

Des d'una perspectiva sociològica que parteix de la relació existent entre els processos socials i les categories diagnòstiques i que qüestiona també les pràctiques mèdiques específiques resultants d'aquestes categories diagnòstiques, concretament la *medicamentització*, trobem el treball *Inventing diseases: Kleptomania, Agoraphobia and Resistance to Modernity*, de l'any 2012 escrit per Thomas Lenz i Rachel MagShamhráin.

Escrit des d'una línia analítica més centrada a relacionar els processos socials, fonamentalment en termes d'inequitat de gènere, amb els patiments mentals apareix el treball també sociològic de Kathleen McSpurren escrit l'any 1996 que porta per títol *The Confines of Feminine Space: A Cultural Analysis of Agoraphobia*. Aquest treball exposa la tesi que l'agorafòbia, entesa més ací com a malestar (*illness*) que com a diagnòstic (*disease*), esdevé una espècie de protesta inconscient contra els límits d'una feminitat que porta a l'extrem els ideals de la domesticitat i la dependència. En aquesta mateixa línia que vincula les desigualtats socials en termes de normativitat genèrica, especialment la domesticitat i la vida privada, amb els patiments mentals trobem també els treballs *Embodied Domesticity, Embodied Politics: Women, Home, and Agoraphobia* (2011) de Kirsten Jacobson i *Safe at Home: Agoraphobia and the Discourse on Women's Place* (2001) de Suzie Siegel.

També des d'una atenció a la feminitat normativa però menys enfocada als patiments i més dirigida cap a les categories diagnòstiques trobem el treball de Carol Brooks Gardner escrit l'any 1994 que porta per títol *The Confines of Feminine Space: A Cultural Analysis of Agoraphobia*. Aquest esdevé un treball especialment interessant precisament per la relació directa que l'autora estableix entre la normalitat i normativitat de gènere i la categoria d'agorafòbia.

De tot el que s'ha escrit sobre agorafòbia des d'una perspectiva social i de gènere o feminista ens quedem, però, amb la tesi ja esmentada de Reuter *The very opposite of calm: a socio-cultural history of agoraphobia* (2001), fonamentalment amb la part d'aquesta tesi que treballa la perspectiva de gènere plasmada també en l'article *(Re)Gendering Panic: Towards a Critical Sociology of Agoraphobia* de l'any 2006. Com veurem a continuació, aquest treball esdevé per a nosaltres, més enllà de les possibilitats que desplega la pròpia autora, un principi a partir del qual començar a construir històricament i socialment la relació entre el diagnòstic d'agorafòbia i el diagnòstic "dona".

Al seu estudi Reuter averigua que des del seu sorgiment al 1871 fins la Primera Guerra Mundial, la generalitat dels diagnòstics d'agorafòbia de què informa la literatura mèdica són masculins. L'autora interpreta la primera masculinització del discurs, amb la consegüent invisibilització de les "dones" en la literatura sobre l'agorafòbia d'aquests primers anys, com a efecte d'una construcció social de la feminitat d'aquest període d'acord amb la privacitat de la llar. La noció de classe mitjana que posa de manifest que el lloc de les "dones" estava a la llar, sumada a les preocupacions dels més conservadors respecte a la independència sexual i intel·lectual de les "dones", provocava que aquelles que no apareguren acompanyades en l'espai públic acabaren sent considerades un problema moral, sent aleshores la condició femenina, i no l'agorafòbica, la que dictava que la seua normalitat era viure a casa (Reuter, 2001). Davant aquesta situació, llavors, els malestars agorafòbics que pogueren viure moltes "dones" en aquests anys passaven inadvertits i no eren considerats patològics sinó que, com que allò que es considerava "normal" era que estigueren a casa¹⁰, formaven part del que ja s'esperava d'elles (Reuter, 2006).

Tal com registra l'autora en la seua anàlisi, la Primera Guerra Mundial provoca una aturada en la producció de literatura mèdica en general, també agorafòbica, una aturada, però, que marca l'inici d'un període en què les "dones" començaran a ser diagnosticades amb molta més freqüència que durant els anys anteriors arribant, en poc de temps, a esdevenir les principals afectades d'aquesta patologia. Aquest gir en la literatura mèdica és batejat per Reuter com una regenerització del discurs agorafòbic (Reuter, 2006), una regenerització del

¹⁰ No es pot generalitzar el confinament de les "dones" en la llar ja que les seues experiències varien segons la classe, la religió, el grau i el tipus d'industrialització i molts altres factors. Entenem que es tracta d'una interpretació segons la feminitat normativa d'aquella època que prenia com a model a la "dona burgesa". Amb tot, s'hauria de travessar el gènere amb altres posicions com l'ètnia o la classe per veure com de real era aquest confinament.

discurs de masculí a femení que porta aparellada una regenerització dels pacients diagnosticats. Què és allò que fa que canvie tant la percepció, es pregunta l'autora, com perquè el que abans es considerava un comportament femení burgés normal, això és, la domesticitat, comence a ser vist ara com a patològic, com a agorafòbic? Reuter ofereix cinc possibles hipòtesis explicatives del perquè d'aquest canvi:

- a) (...) During the war and in the absence of their male relatives, women achieved some measure of independence (...) ...it is conceivable that with modern urban life apparently so difficult for many people, not all women could face their own emancipation and/or were deterred from doing so by other social forces and relationships. Therefore, in some instances, post-war agoraphobia may have provided a legitimate means to avoid gender politics. (...) ...the agoraphobic 'sick role' may have similarly provided a means for some women to circumvent the gap between the ideal and the reality of wartime and post-war independence.
- b) Although the doctrine of separate spheres was on some level rhetorical, the 'invention' of agoraphobia provided the added advantage of social control. With the social authority medicine had secured for itself by this time, perhaps reinforcing the imperative of 'True Womanhood' in the language of disease was a way of thwarting the expansion of (bourgeois) women's rights. (...) The shift in prevalence of agoraphobia from men to women may well reflect psychiatry's overall shift to an emphasis on normative gender roles.
- c) 'War neurosis' or shell shock had also emerged on the psychiatric landscape by this time (and notably, here too the labels were classed and gendered). (...) the war produced 'large numbers of men who acted like women,' that is, 'strangely hysterical.' Psychiatrists had no choice but to reconceptualise hysteria as a strictly female problem (Lunbeck, 1994, p. 252). Because the conceptual separation of hysteria and agoraphobia did not 'take' until Freud's ideas did, (that is not until well into the 1920s), arguably agoraphobia was included in (American & British) psychiatrists' rethinking what they meant exactly by hysteria, especially in relation to men, before and after the war.

- d) Given its resonance with the ideals of True Womanhood and the perceived essential femininity of nervous disease, a diagnosis of agoraphobia would have called into question male patients' masculinity, unlike the comparatively more heroic war neurosis. Of course, diagnosing men with shell shock would not necessarily have saved them from stigma or disgrace, but the point is that agoraphobia served the important purpose of demarcating feminine gender identity.

- e) We must also consider the possibility that regardless of who was being diagnosed with the disease, it was, essentially, seen as a feminine disorder (allowing heterosexism and homophobia to also play out in the process). Consider that on the few occasions prior to World War I that a diagnosis of agoraphobia in women did occur, the origin of the disease was attributed to the woman's reproductive system. (...) In contrast, diagnoses of agoraphobia in men were usually made in the context of problems with their nervous systems. (...) Yet, as Nancy Theriot observes, in the nineteenth century 'nerves' were themselves perceived as feminine. (...) The diagnosis of agoraphobia in men thus failed to mitigate against its being seen as a feminine disorder given that all things nervous were seen as feminine by definition (Reuter, 2006).

És difícil pensar que de les hipòtesis plantejades per Reuter una única siga la vàlida o que alguna funcionara de manera unicausal en el canvi de la tendència genèrica dels diagnòstics. Possiblement, i entenent els processos socials com a fluids, superposats i convergents, totes les hipòtesis, o moltes d'aquestes, tingueren la seua influència en la feminització de l'agorafòbia. Amb tot, però, i d'acord amb la idea que sostenim en aquest treball sobre el diagnòstic agorafòbic com a instrument psiquiàtric d'ordenament social, ens interessa fonamentalment el pes d'una d'elles, eixa és, la del control social.

Per entendre el paper que ha jugat la psiquiatria amb el discurs agorafòbic en aquesta hipòtesi del control social femení al llarg d'aquest últim segle, són fonamentals els continguts que Reuter extrau de la literatura psiquiàtrica fins al segle XXI, incloent ací tant informes mèdics particulars com manuals diagnòstics científics oficials, quant al tractament que fan del gènere. Així, per exemple, als anys 60 i 70 els recentment estrenats programes de teràpia conductista per al tractament de l'agorafòbia mostren una determinada concepció d'aquesta malaltia en termes de gènere, de tal manera que en els pocs casos reportats "d'homes"

agorafòbics existeix una tendència en el seu tractament a enfocar el programa per a tornar-los als treballs remunerats, mentre que, en contrast, el tractament de les “dones” tendeix a enfatitzar la seua tornada al mercat de consum (Reuter, 2006). Ja un exemple especialment il·luminador de l'exercici del control social i genèric que fan els textos psiquiàtrics el podem trobar en la definició de l'agorafòbia elaborada per la quarta versió del DSM l'any 1994. Segons aquest manual, que recordem que és el referent en l'àmbit internacional en la definició i classificació d'aquesta malaltia, “la evitación de situaciones por parte de los individuos puede perjudicar su capacidad para viajar al trabajo o llevar a cabo responsabilidades domésticas (por ejemplo, hacer compras en el supermercado o llevar los niños al médico)” (APA, 1994). Com indica Reuter, en un moment en què ja és evident que la majoria de les persones diagnosticades d'agorafòbia són “dones”, el que la literatura està transmetent ací són missatges implícits (o explícits) respecte a un ordre social de gènere i al paper de la psiquiatria en la seua negociació (Reuter, 2006).

Les argumentacions i les dades exposades per Reuter destapen unes possibilitats analítiques de les quals l'autora dona certes pinzellades però que no arriba a desenvolupar. Aborda el control mèdic de les “dones” però no aconsegueix anar més enllà, això és, situar eixe control mèdic, que per a nosaltres és també i sobretot genèric, és a dir, que no parla de “dones” i “homes” sinó de feminitat i masculinitat, en un entramat més ampli que ens parles de la seua força com a productor de relacions que estructuraren les nostres societats. Per això, i d'acord amb la línia de pensament d'aquesta investigació, considerem l'oportunitat que ens pot oferir el treball de Reuter analitzat i afrontat des de la interrelació de perspectives macro, meso i micro de denúncia de l'androcentrisme en la institució mèdica i psiquiàtrica, una institució emissora d'un diagnòstic agorafòbic que és interioritzat i practicat pels subjectes, a partir de la teoria de Connell (1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018).

Analitzar la investigació de Reuter a partir de Connell ens pot resultar summament profitós en el nostre objectiu de travessar el diagnòstic d'agorafòbia amb el gènere, però perquè així siga, abans haurem de resoldre i superar dos importants insuficiències que al nostre entendre presenta el treball d'aquesta autora. La primera sorgeix arran del període d'anàlisi del discurs agorafòbic escollit per Reuter i que va des del seu sorgiment l'any 1871 fins l'any de realització del seu treball, l'any 2001. Des de la Primera Guerra Mundial que l'autora comença a conceptualitzar la feminitat normativa que transmet la literatura mèdica agorafòbica fins

l'any 2001 en què escriu el seu treball, Reuter sembla parlar d'una única i permanent feminitat hegemònica. Aquest fet ens resulta inviable, és a dir, en els més de 80 anys que van des de la finalització de la Primera Guerra Mundial fins que Reuter escriu el seu treball és segur que les característiques de la feminitat normativa van patir determinats canvis que l'autora sembla no considerar.

En segon lloc, considerem que Reuter assoleix sols una xicoteta part de l'entramat biopolític. Tot i que el conceptualitza com a productiu, no considera les estratègies d'agència i resistència amb què compten i que desenvolupen els subjectes precisament dins i a partir d'aquest control biopolític (Foucault, 2009b; Butler, 2001). Sembla situar les "dones" com a víctimes del control mèdic i social sense valorar i invisibilitzant les seues possibilitats de resistència o subversió com a subjectes mèdics i subjectes genèrics.

La nostra investigació, en canvi, es posiciona en la visibilització d'aquestes possibilitats transformadores a partir del concepte de performativitat de Butler (2001). Entenem, llavors, l'agorafòbia com una pràctica performativa mèdica i també genèrica. Les persones diagnosticades interioritzen el discurs o els discursos agorafòbics i les seues prerrogatives de gènere, els viuen, els practiquen i, amb ells, construeixen les seues experiències. Amb aquesta performativitat, al posar en pràctica els discursos en els seus cossos i les seues experiències, al repetir-los, també els transformen, resisteixen i subverteixen. Emprant la teoria de la performativitat en el nostre treball, ens interessa sobretot veure les possibilitats que les persones diagnosticades mèdicament i genèricament, això és, diagnosticades "dones" i diagnosticades "agorafòbiques" tenen, a partir de la repetició d'unes normes socials que dicten el "ser femení" i de les obertures que aquesta repetició permet, en la construcció de formes de viure les seues subjectivitats i realitats genèriques i malaltes alternatives a la norma hegemònica, quelcom que anomenarem en aquest treball com a "resistències feministes" i que explicarem detingudament en l'últim punt d'aquest marc teòric.

Les anàlisis macro, meso i micro s'integren així en el nostre treball: dels discursos mèdics/socials a les experiències i resistències subjectives a aquests. A partir d'ací, en un moment de la història com l'actual en què la feminitat normativa ja no esdevé la mateixa que la plasmada en les anàlisis de Reuter, i sabent a partir d'aquestes anàlisis que el discurs

agorafòbic parla i informa de feminitats i masculinitats normatives, ens preguntem: Com ha participat històricament i participa hui la institució mèdica a través del diagnòstic d'agorafòbia en la producció i reproducció de la feminitat hegemònica?

1.3.2. Feminitats normatives a l'Estat espanyol

Tant la teoria de la performativitat de Butler com el “*doing gender*” de Connell, tot i que li reconeixen al subjecte la capacitat d'acció i creativitat, no prescindeixen de ni invaliden les categories analítiques de masculinitat i feminitat hegemònica (Grau-Muñoz, 2012). I és que, com ja hem dit, si el subjecte té possibilitats d'acció i creació, aquestes possibilitats no són autònomes sinó que s'emmarquen en un context i temps concrets, i en les relacions de poder que configuren eixe espai/temps.

Quan parlem de feminitat o de masculinitat hegemòniques, parlem aleshores de categories socials i culturals pertanyents a un context concret. Les agències socials principals en cada societat manegen, construeixen i posen en circulació discursos genèrics que marquen el model (o models) de feminitat i masculinitat hegemònic ideal en el seu temps i el seu context, quelcom que anomenem ací com a feminitat (o masculinitat) normativa per estar construït com a norma i, per tant, amb vocació de normativitzar. Aquest model es presenta i transmet des dels discursos socials com el model únic i vàlid del que “ha de ser”, en el nostre cas, la feminitat, el model que hem d'interioritzar, repetir i actuar. Un model, però, que no és neutre ni innocent, sinó que respon a unes relacions de poder i als interessos del grup dominant. En altres paraules, paraules de Rosalind Gill, si la subjectivitat s'entén com un constructe sociohistòric que s'origina a partir de discursos, relacions de poder i saber, cultura, època i construccions simbòliques, cada època històrica forja un tipus de subjecte convenient per al funcionament de les ideologies imperants, el qual aporta reproducció i mantenció del mateix sistema social (Gill, 2003), i eixe subjecte portat a les feminitats és el que anomenem ací com a “feminitat normativa”.

Així, aplicant el concepte de “feminitat normativa” amb el que treballem en aquest apartat al nostre posicionament de gènere a partir de les teories ja esmentades de Connell i Butler, podem dir que la “feminitat normativa” és encarnada i practicada pels subjectes que en la

seua actuació repetida es conformen com a intel·ligibles. Amb tot, però, per molt opressiu que siga el sistema normatiu, sobretot en determinades èpoques tal com veurem en aquest apartat, atorga sempre als individus i grups espais i possibilitats de moviment i negociació. Per tant, com que la interiorització dels discursos normatius per part dels subjectes mai és un acte passiu sinó un procés, o com diria Connell (1987) un projecte, fluid i creatiu, entendre les “dones”, receptores principals de la feminitat normativa en cada temps, com a subjectes històrics dòcils o submissos implica situar-les contínuament com a víctimes permanents de la història així com ignorar el procés performatiu del gènere com un procés no sols d’adscripció i repetició sinó també, i sobretot, de transformació i canvi.

A partir d’ací, al present apartat farem un recorregut per les feminitats normatives que s’han erigit com a hegemòniques en l’Estat espanyol des del sorgiment del diagnòstic d’agorafòbia l’any 1871 fins l’actualitat. Portarem a terme aquesta tasca de la mà d’investigacions i treballs de diferents autores i autors que s’han especialitzat en l’estudi dels models hegemònics de feminitat de cada època en el nostre context geogràfic, investigacions que aquestes autores i autors realitzen a partir de fonts escrites com textos mèdics, literaris o mediàtics. L’objectiu d’aquest apartat no és un altre que el d’articular “agorafòbia” i “gènere” a partir de la feminitat normativa espanyola de cada època i els agents transmissors d’aquesta, tractant de veure l’aplicabilitat de la tesi de la “feminització del discurs agorafòbic” de Reuter (2006) a la realitat històrica espanyola, per tal d’analitzar els significats d’aquesta articulació en termes de desigualtats (o igualtats) de gènere. Per a això, cada apartat sobre la feminitat normativa de cada període comptarà amb una primera part en què s’exposarà aquesta feminitat normativa, i una segona part en què es posarà en diàleg aquesta amb la tesi de Reuter des del nostre posicionament de gènere.

Abans de continuar ens cal fer un incís i ressaltar que en aquest apartat parlem de models hegemònics de feminitat i no de feminitats reals, parlem dels discursos normatius que es difonen sobre el que és i ha de ser la feminitat, discursos que, en la majoria dels casos, estan lluny de representar la realitat múltiple i diversa de les feminitats encarnades i viscudes pels subjectes.

1.3.2.1. Feminitat normativa en el període de sorgiment del diagnòstic d'agorafòbia

L'any 1871 sorgeix el diagnòstic d'agorafòbia a Berlín. En aquest any l'Estat espanyol, tot i haver passat ja el seu moment històric de plenitud, és encara hereu dels preceptes polítics, socials i culturals de La Il·lustració¹¹. El model de feminitat hegemònica de l'any 1871 serà, llavors, un model marcat per les transformacions i les reformes que La Il·lustració va conquerir respecte al règim anterior.

Serà de la mà de l'excel·lent retrat respecte als efectes de les reformes il·lustrades sobre la definició de la “dona” espanyola a partir del segle XVIII que fa Bolufer (1998) al seu llibre *Mujeres e ilustración. La construcción de la feminidad en la ilustración española*, i de Catherine Jagoe, Alda Blanco i Cristina Enríquez de Salamanca (1998) i el seu llibre *La mujer en los discursos de género. Textos y contextos en el siglo XIX* com ens aproximarem a aquell model (o models) de feminitat que disposaria allò que l'any 1871 seria entés com una “dona” normal de la seua època. Aquestes autores realitzen la seua tasca investigadora a partir de la recopilació i les anàlisis de material que van des d'escrits mèdics, de divulgació, pedagògics i econòmics fins a novel·les i relats, i que, en la línia del que s'ha expressat ja, no esdevindran ací cap reflex de la realitat sinó un instrument modelador al voltant del qual els subjectes de l'època organitzaven les seues experiències (Bolufer, 1998).

Cal començar exposant que, si en un àmbit es van materialitzar d'una manera remarcable els impulsos reformistes il·lustrats en l'Estat espanyol, aquest va ser el debat sobre els sexes. Aquesta dinàmica es va mantenir fins al segle XIX, sobretot a partir de 1840 quan es van publicar innumerables tractats, articles i monografies provinents d'higienistes, filòsofs, periodistes, novel·listes o religiosos descrivint la naturalesa de la “dona” i el seu paper en la societat (Jagoe, Blanco i Enríquez de Salamanca, 1998).

Des d'aquests textos es manifestava la necessitat de prioritzar una determinada organització social a partir dels models de feminitat i masculinitat, així com les pautes de relació entre els sexes, en un desig per adequar els valors i comportaments públics i privats d'acord amb les

¹¹ El moment històric conegut com La Il·lustració s'inicia al segle XVIII i en determinats països europeus com Espanya s'allarga almenys fins a principis del segle XIX, durant les seues excletxes socials i culturals, però, encara unes quantes dècades més.

normes de racionalitat i correcció moral. Així, ja des de La Il·lustració, quan es pretenia reformar la societat en conjunt i construir un ordre nou es va decidir començar per transformar l'eix primari de l'organització social, això és en paraules de Bolufer, les relacions i les pròpies identitats "d'homes" i "dones" (Bolufer, 1998) o, com diria Connell (1987), les relacions entre masculinitat i feminitat.

Si la pretensió de tot discurs normatiu radica a fer-se passar per natural i ahistòric, les imatges sobre la feminitat i la masculinitat creades pels il·lustrats arribarien a mitjan i final del segle XIX a semblar tan immòbils que costaria a moltes i molts imaginar que algun dia les coses havien sigut d'una altra manera.

A més, però, els models de feminitat i masculinitat hegemònics de l'època complien una altra funció més de classe que de gènere. En el cas de la feminitat, sent un model que pretenia englobar a totes les "dones", abarcava i es dirigia fonamentalment a les "dones" de classe mitjana, i distingia aquest grup social de les masses populars i de la noblesa tradicional (Jago et al., 1998). Aleshores, doncs, el model de feminitat que veurem en aquests anys és un model dirigit a les "dones" blanques, burgeses, heterosexuales i reproductores, possiblement perquè sols les persones amb aquestes característiques encaixaven en el subjecte "dona" i eren intel·ligibles com a tals. No obstant açò, com indica Bolufer (1998), les vessants culturals esdevenen vagues i un model intencionalment dirigit a un determinat grup de gent pot arribar a altres gentes llunyanes.

En un temps en què ni la tradició ni l'ordre diví tenien ja cabuda en els arguments polítics i socials, l'organització de la societat es sustentava sobre criteris de racionalitat i naturalitat. La principal novetat que introduiria el pensament il·lustrat en el debat i discursos sobre els sexes seria la conceptualització dels models de conducta i comportament femení a partir de la noció de naturalesa. L'objectiu d'al·ludir a aquesta naturalesa no seria un altre que el de transmetre que els comportaments reclamats no esdevenien cap imposició sinó destí natural i lògic d'allò que eren, un raonament molt suggerent i potent si tenim en compte que l'argumentació de la inferioritat femenina havia quedat temps enrere deslegitimada, un argument que convertia la naturalesa en un ordre racional i just (Bolufer, 1998).

Aquesta conceptualització dels gèneres a partir de la naturalesa va propiciar que des del segle XVIII quedara desacreditada la divisió ment-cos, i és que resultava ja difícil de mantenir que les diferències corporals no influïen en les ments en un moment en què es creia que la diferència sexual afectava la identitat física, moral i emocional de les persones. Per als pensadors del segle XIX, les diferències primàries sexuals afectaven cada fibra del cos i comportaven profundes diferències psíquiques i mentals. A partir d'ací, a "l'home" corporitzat, a "l'home" sexuat, a "l'home" diagnosticat "home" per a nosaltres, li corresponia la raó, l'objectivitat, el cap, la creativitat, l'agressivitat i l'ambició, mentre que a la "dona" li pertanyia la sensibilitat, la subjectivitat, el cor, les emocions, el mimetisme i l'amor altruista (Jagoe et al., 1998). Amb tot, la corporalitat no afectava, però, de manera simètrica a tots els subjectes, sinó que era a les "dones" a qui es representava en major mesura com a saturades de feminitat, com a ostatges del seu sexe (Bolufer, 1998).

Com afirma Bolufer (1998), si un efecte té la introducció de la idea il·lustrada de la diferenciació corporal i mental entre "homes" i "dones" en la seua relació, aquest es va traduir en la noció de complementarietat. "Homes" i "dones" eren complementaris físicament però també, i sobretot, socialment. L'al·lusió a la naturalesa operava ací com la major de les raons per a justificar biològicament i socialment la domesticitat femenina front a l'exercici públic masculí: dos funcions socials diferenciades però complementades i complementàries en el perfecte funcionament d'institucions tan rellevants en l'època com la família. Ens és imprescindible destacar ací, seguint a Bolufer, que aquesta forma de pensar la diferència sexual va ser imprescindible en l'adveniment de la societat moderna, una societat en la qual les categories de "públic" i "privat", que ja funcionaven en l'antic règim d'una forma menys rígida, es van reformular d'una manera més radical com a àmbits masculí i femení respectivament, a partir no ja de la imposició, sinó des de la persuasió i invocació a les essències masculines i femenines.

Comptat i debatut, en el segle XIX es van desplegar els esforços normatius de metges, pedagogs, periodistes, polítics i novel·listes amb l'objectiu de seguir dibuixant un model de feminitat hegemònica que des de la part "natural" esdevinguera funcional en la part "social". Uns esforços que fragmentarem ací en tres àmbits temàtics i documentals, sempre interrelacionats, per tal de facilitar la seua observació.

a) Àmbit educatiu

L'educació va esdevenir una de les predileccions de La Il·lustració i això va heretar el segle XIX. Educació més que com a instrucció com a aprenentatge sobretot de les conductes i hàbits necessaris perquè “homes” i “dones” pogueren adequar-se als rols que els eren propis: “(...) si es preciso instruir a la “mujer”, no es menos necesario educarla, para que moralmente sea una persona y socialmente un miembro útil de la sociedad” (Congreso Pedagógico Hispano-Portugués-Americano, octubre de 1882 citat en Jagoe et al., 1998, p. 200). Tot i que, arran del que hem esmentat ja abans, la majoria de les estratègies educatives anaven destinades a la “dona” blanca, burgesa, heterosexual i reproductora, el que anomenarem ací, seguint el sistema utilitzat per Amaia Pérez Orozco (2014)¹² per a diferenciar la “dona” considerada subjecte de les “altres dones”, com a DBBHR, amb freqüència aquesta direccionalitat es difuminava encaminant-se i afectant altres subjectivitats situades fora d'aquesta DBBHR. En aquesta línia, mentre a les xiquetes de les classes populars se'ls ensenyava labors tèxtils, a les xiquetes burgeses se'ls ensenyava lectura i escritura, sota l'ampar del fet que les diferències socials es traduïen en desiguals necessitats psicològiques i intel·lectuals.

Però si tasques com l'escriptura i la lectura sí que esdevenien adequades per a les xiquetes burgeses, era perquè una de les missions de tota “dona” del segle XIX, a més i dins de la domesticitat i laboriositat, era resultar suficientment instruïda com per a poder proporcionar al marit les converses intel·ligents i cultes que aquest demanava. Així, doncs, la “dona” natural era sempre “buena y doméstica y la educación sólo servía para resguardar y realzar esa bondad innata” (Jagoe et al., 1998, p. 28).

Una comesa femenina relacionada amb l'educació, i amb eixa domesticitat i bondat innates, que des del segle XVIII fins al XIX va ser crucial i definitiva del “ser dona” (DBBHR) va ser la transmissió que com a mares havien de fer a les seues filles i fills dels coneixements i valors morals de l'època. Amb estratègies pedagògiques orientades a aquest encàrrec femení, es pretenia distingir les “dones” de classe mitjana de les “dones” desnaturalitzades, tant les de classe baixa que descuraven la casa i els fills pel seu treball extradomèstic en les fàbriques,

¹² Ens referirem més endavant a aquest llibre de Pérez Orozco anomenat *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida* (2014).

les carreres o els camps, com les de classe alta que confiaven els seus fills a nodrisses i institutius per a dedicar-se a disfrutar de la vida social i el materialisme (Jagoë et al., 1998), per a reafirmar la idea que, independentment del rang, les obligacions domèstiques eren universals, i que una de les principals obligacions domèstiques de les “dones” passava per la criança i formació moral de la descendència.

És així com s’articula l’ideal de família del segle XIX, un ideal emergit a partir del segle XVIII, la responsabilitat màxima del qual recau sobre les mares i que els és transmés des que són xiquetes. L’educació domèstica a la qual les “dones” es veien exposades des de xiquetes esdevenia al segle XIX una educació moderna distanciada ja del model tradicional i religiós, una educació més sòlida en tant que “capacitará a la “mujer” para cumplir mejor sus deberes de madre y esposa, porque sabrá responder con tino a las preguntas del niño acerca de los fenómenos naturales que ve en su entorno, y también comprenderá a su marido cuando le habla de su trabajo y podrá apoyarle y aconsejarle mejor” (Jagoë et al., 1998, p. 39. Cometes nostres). Aquesta solidesa deriva, a més, del fet que el model de feminitat hegemònic que es transmet durant aquests anys des de l’educació a les xiquetes és un model més complex que el tradicional, doncs les “dones” ara estan destinades de manera natural no sols a complir amb les tasques domèstiques que ja complien les seues avantpassades. A les “dones” del segle XIX els correspon la gestió econòmica de la llar, una gestió que passa per conèixer els preus i les qualitats dels productes, saber triar racionalment, controlar les despeses i procurar l’estalvi (Jagoë et al., 1998). Un tret definitori de la feminitat ja des de La Il·lustració, el de la gestió econòmica domèstica que, com veurem a mesura que avança el present capítol, perdurarà al llarg del temps i arribarem a trobar, amb variacions espacials, com a característic de la feminitat normativa actual materialitzat en la “dona compradora”.

Però a més de gestores de la llar, i relacionat amb això, les “dones” en el segle XIX són sobretot mares i esposes, el que es coneixia com a “ángel del hogar”: “ángel porque es realmente como una santa; nunca se altera, nunca tiene necesidades propias: todo lo sacrifica en aras del bienestar de los demás” (Jagoë et al., 1998, p. 30). Mares ocupades no sols en el manteniment vital dels seus descendents, sinó fonamentalment preocupades per la inculcació a aquests dels preceptes de l’època. Esposes atentes, castes, submises, discretes i laborioses, però també suficientment instruïdes en els coneixements de l’època com per a

resultar agradables als seus marits. Mares i esposes, en definitiva, amb uns comportaments ben definits i habilidosament adquirits des de les escoles.

El que subjau en tot aquest entramat educacional articulat des de La Il·lustració fins al segle XIX al voltant de la “dona”, com suggereixen les anàlisis de Bolufer (1998), és que en uns moments en què era evident que el saber resultava indissociable del poder, la insistència en aquest determinat tipus d’educació domèstica per a les “dones” responia principalment a la por al fet que aquestes pogueren i volgueren eixir del seu rol i el seu espai, immiscint-se en assumptes masculins que podien sacsejar un ordre social tan pensat, tan treballat i tan valuós per als seus creadors i mantenidors.

b) Àmbit econòmic

La Il·lustració va introduir una altra novetat en el debat dels sexes que es mantindria fins al segle XIX: el protagonisme de la figura femenina en els discursos econòmics. Orientat cap a la moda i el luxe, aquest discurs econòmic va trobar en la creació de la “*petrimetra*”, figura satírica que simbolitzava la “dona” mundana, gastadora i malgastadora, amant de les modes i culpable última de la ruïna de les famílies i el país, el dispositiu perfecte per a dissuadir les “dones” dels perills morals i econòmics/familiars que implicava eixir del rol domèstic il·lustrat (Bolufer, 1998).

Així, com afirma Bolufer (1998), el discurs que naix amb La Il·lustració al voltant de la “*petrimetra*” esdevenia un discurs més utilitari que pròpiament econòmic. Aquesta figura femenina satírica encarnava, aleshores, la crítica cap a la presència femenina en passejos, tertúlies, balls i festejos. Una crítica articulada a partir de la contraposició de la “*petrimetra*” més superficial amb la “dona” domèstica, discreta i digna que els discursos il·lustrats proposaven com a model a seguir.

Ens trobem temptades en aquest moment a fer una espècie de xicotet *flashforward* d’allò amb què ens toparem més endavant en el temps en aquest recorregut per les feminitats normatives en què ens trobem immerses. Està clar que gastar, el luxe i la moda impliquen també ací eixir fora de casa, descobrir, triar, comprar, lluir. En aquest moment de la història tot això suposa un problema per a un ordre de gènere sustentat en la reclusió domèstica i la

discreció femenina. Si mirem un poc el nostre voltant, però, ens és fàcil comprovar que açò no serà sempre així en el temps. Tant en La Il·lustració com en el segle XIX no resulta funcional més enllà de l'economia, en termes de relacions de gènere desiguals i privilegi masculí, la “dona gastadora” o “compradora per a ella mateixa”, però veurem com més endavant aquesta composició “dona”/consum s’alterarà i canviarà transformant-se per a unes relacions de gènere androcèntriques d’amenaça en oportunitat sota l’auspici, sempre, de l’economia i la medicina.

Al segle XIX, però, el luxe i la moda constitueixen vicis femenins arrelats en una “naturaleza esencialmente viciosa” (Jagoe et al., 1998, p. 28) que els educadors, economistes i també metges han de vigilar i combatre. Front al luxe i la moda ostentosa de les classes més altes, es prescrivía i recomanava a les “dones” de classe mitjana vestir-se d’una manera natural, còmoda i sencilla, d’una manera allunyada del lluïment que implicaven les cotilles estretes, les faldilles penjants o els tacons alts.

Es pregunta Bolufer al seu llibre a partir de les paraules de Diana Owen-Hughes: “¿por qué recayó tan pesadamente la carga de la moda sobre las espaldas de las “mujeres”?” (Owen-Hughes, 1992, p. 173 citada en Bolufer, 1998, p. 197. Cometes nostres). La resposta elaborada per Bolufer a aquesta pregunta al·ludeix a les ambivalències i inseguretats morals d’un període de canvi econòmic inaugurat en La Il·lustració, però va més enllà dels arguments més gastats que resolen qualsevol esdeveniment o problemàtica social des de la supremacia de l’explicació econòmica escarbant, des de la transversalitat i la convicció que en l’àmbit social no hi ha respostes úniques ni aïllades dels altres ni de l’entorn, en les possibilitats explicatives del gènere com a estructura de relacions. L’autora planteja, així, la lectura del discurs femení sobre el luxe i la moda que naix en La Il·lustració i continua esdevenint hegemònic al segle XIX, des de les tensions del desig masculí entre respectabilitat i seducció i com a mostra de l’afany de controlar unes pràctiques sumptuàries que podien atorgar a les “dones” poder sexual sobre els “homes” (Bolufer, 1998).

A partir d’ací, i com veurem repetidament al llarg de tot l’apartat, les aparences femenines lligades a la sexualitat, a mig camí entre la subjecció i tirania i l’empoderament i plaer, esdevenen una de les qüestions principals que al llarg de la història significarà les relacions

entre els gèneres. Quelcom que nosaltres tindrem la responsabilitat d'interpretar des de l'opressió i submissió o des de l'oportunitat i autonomia.

c) Textos mèdics

En uns moments en què les explicacions trascendents i la moral eclesiàstica perdien pes i legitimitat a marxes forçades com a domini des del qual comprendre el món, la medicina va passar a ocupar la zona d'influència i prestigi, aquesta vegada un prestigi científic, a partir del qual il·luminar les conductes humanes, i ho va fer sota el precepte de la naturalesa. Parlar de i des de la naturalesa va implicar en medicina, entre altres coses, construir un cos sexuat en el qual les identitats masculina i femenina apareixien com ahistòriques, quelcom que legitimava d'una manera poderosa les relacions socials de poder entre els sexes (Bolufer, 1998).

Així és com la medicina i el seu discurs esdevenien al segle XIX un dels principals espais des del qual construir i regular les conductes i els comportaments socials, tot a partir d'unes normes que treballaven en pro de la nova divisió dels espais entre els sexes.

Tal com ocorria amb els discursos educatius i econòmics, la destinatària dels discursos mèdics al segle XIX era la DBBHR. Mentre les “dones” de les classes populars ocupaven en aquest engranatge el lloc de la compassió i l'entreteniment filantròpic, i l'eminent metge Ángel Pulido atacava les “dones” de classe alta per buscar el plaer, contrastant aquest plaer culpable amb el deure de la maternitat (Jagoe et al., 1998), la DBBHR, en canvi, com a responsable en potència de l'atenció i l'assistència de la família de classe mitjana o burgesa, s'erigia protagonista d'uns costums orientats en un àmbit més àmpli a millorar la societat.

Al segle XIX emergeix el concepte d'higiene, potser el concepte per excel·lència de la medicina d'aquest període. En uns anys en què la despoblació començava a consolidar-se com a preocupació social i política, el discurs higiènic es va bolcar en l'atenció a la infància, una atenció que passava per remarcar i recalcar els perills familiars que suposava la vida mundana per a les “dones” en pro d'una responsabilitat femenina ubicada i limitada a l'espai de la llar. La pedra angular del discurs higiènic era la noció de naturalesa, una naturalesa essencialista en la qual, com ja hem esmentat amb anterioritat, el sexe s'estenia i

impregnava, no sols físicament sinó també moralment, el fet de “ser dona”. Si “ser dona”, aleshores, no és únicament una substància física sinó també moral, els dissenys de l'ordre natural connecten amb els del social i cimenten uns cossos femenins no sols físicament fèrtils, reproductors i maternals, sinó socialment domèstics, cuidadors i familiars (Bolufer, 1998).

Fruit d'aquest interès per la reformulació o, com proposa Bolufer (1998), *reinvenió* de la naturalesa femenina iniciada al segle XVIII amb la creació de conceptes com “conservació de la salut” o “medicina domèstica” i continuada al XIX a partir del discurs higiènic, és fonamental l'atenció que la medicina va prestar a la maternitat, defensada per Pulido com l'únic plaer higiènic i desitjable (Jaoe et al., 1998), sense descurar cap de les seues dimensions, això és, l'embaràs, el part i la criança. Un espai que tradicionalment estava en mans femenines però no únicament protagonitzat per les mares, sinó compartit amb veïnes i parents en forma d'assistència comunitària en el cas de les classes més populars i amb criades i nodrisses en el cas de les classes més acomodades, va començar a ser assumit i regulat per la medicina. Aquesta assumpció per part de la medicina es va realitzar des de la construcció de la mare com l'única figura encarregada i preparada de manera natural, això és físicament, emocionalment i moralment, per a aquesta tasca a partir de quelcom que sols ella tenia, això és, l'amor maternal (Bolufer, 1998). Així és com la medicina va crear el que coneixem hui com “instint maternal”, una manera extraordinàriament profitosa de concentrar en la figura de la mare tota la responsabilitat de la reproducció i criança, una inclinació que en aquest període va confirmar la reclusió domèstica i familiar de les “dones”.

Dins de la maternitat i criança, va ser la lactància materna, com destaca Bolufer (1998), un dels aspectes que més lloances va obtenir ja des del segle XVIII. La mare lactant, aquella que en pro de la seua descendència, descendència a la qual es donava físicament en forma d'aliment, la llet materna, renunciava als plaers mundans, representava el model ideal de feminitat. Les passions suscitées per la lactància no es devien, aleshores, únicament als beneficis alimentaris que assegurava aquesta, sinó que va resultar una qüestió a través de la qual difondre noves representacions de la família i dels papers que “homes” i “dones” ocupaven en ella. Així, en el cas de les “dones” era la virtut femenina, simbolitzada amb la metàfora de la lactància, entesa com a dedicació exclusiva i afectuosa a la seua descendència, l'encarregada de sustentar l'ordre de les famílies, doncs únicament ella podia

estrényer els llaços morals que unien la parella assegurant la fidelitat del marit, i únicament ella podia regular el funcionament econòmic de la unitat domèstica a través de l'atenció al balanç de despeses i ingressos, en definitiva, sols ella podia (havia de) garantir l'harmonia econòmica, sentimental i política de la família.

Acabem aquest apartat recuperant la idea foucaultiana de biopolítica. Al punt 1.1.1. parlàvem de la psiquiatria com a dispositiu biopolític de veritat, govern dels cossos i creació de subjectivitats. De nou ens topem amb el mateix engranatge, en aquest cas aplicat als cossos sexuats, principalment als cossos sexuats i diagnosticats "dona". La "invenció" del instint maternal com a nucli clau, vital i essencial de la reproducció i maternitat conté, com hem vist, uns règims de veritat biològics al voltant de la naturalesa femenina, comporta un govern dels cossos femenins conduïts i arrossegats, en aquest període, a la reclusió domèstica i l'atenció familiar, i implica la creació d'unes subjectivitats femenines autocompreses des de la posició materna com a la principal, sinó única, posició que marca les seues existències.

1.3.2.1.1. Aportacions a la relació diagnòstic agorafòbia - diagnòstic "dona"

Com hem vist al llarg d'aquest apartat sobre la feminitat normativa a l'Estat espanyol en el període del sorgiment europeu del diagnòstic d'agorafòbia, el model hegemònic femení d'aquest temps i espai ens mostra per damunt de tot una "dona" la missió de la qual és la preservació i cura de la llar, de la família i del matrimoni. Dins d'aquesta comesa, dins del seu rol de "ser per als altres", hi ha un aspecte present tant als discursos educatius i econòmics com mèdics pel qual hem passat potser massa per damunt, un aspecte que, apareixent per primera vegada per a nosaltres en aquest recorregut ara, té aparences de convertir-se en denominador comú, amb permanències i alteracions, per a tots els models hegemònics de feminitat des que naix el diagnòstic d'agorafòbia fins l'actualitat: parlem del fet "d'agradar".

Ja en La Il·lustració es defenia que "el destino de la "mujer" es agradar al "hombre" (...)" (Misc. nº 1, t. I:10-11 citat en Bolufer, 1998, p. 265. Cometes nostres). Dins d'aquest "agradar" ocupava un lloc principal la bellesa, entesa com una acumulació de trets tant físics com morals, tal com mostren afirmacions com la de Severo Catalina l'any 1858: "la que a la belleza del rostro adune la belleza del alma, a los encantos de la naturaleza los de la virtud, bien puede pasar en la tierra por un trasunto del cielo" (Severo Catalina, 1858 citat en Jagoe

et al., 1998, p. 43). Aquesta bellesa parlava de tendresa, bondat, pudorositat, tímidesa i coqueteria, tots ells trets que la “dona” havia d’assumir i accentuar per a despertar el desig i l’acceptació masculina, en la mesura que a la “dona” se la veia ací sempre en relació amb les necessitats de “l’home”, necessitats masculines que ja no són sols materials o reproductives, sinó també morals i sexuals (Jagoe et al., 1998).

Apareix, com veiem, una concepció de la bellesa femenina, de “l’agradar” i la seducció lligada a l’atenció, a la modèstia, a la discreció i a la dependència. Una concepció de la bellesa i “l’agradar”, que ens parla també de seducció i sexualitat femenina, que ens torna a la domesticitat. Aquest és, doncs, el model de feminitat hegemònic produït i promogut a l’Estat espanyol durant el període en què es va diagnosticar per primera vegada un cas d’agorafòbia a Europa: un model, un ideal i no pas el reflex de cap realitat, un arquetip front al que s’alçaven contínuament veus dissidents, cossos descontents i mirades discrepantes.

És parada obligatòria en aquestes conclusions sobre la feminitat normativa al segle XIX, i ho serà en totes les feminitats normatives que analitzem, reprendre el treball de Reuter (2001, 2006). Una volta examinada la feminitat normativa que es consolidaria com a hegemònica durant este període, podem imaginar també per al context espanyol, com fa Reuter per a la resta d’Europa, un predomini masculí en el diagnòstic d’agorafòbia durant aquests anys relacionat amb els papers i rols normatius que s’assignava a cada gènere. Després de tot el que s’ha vist, no esdevé difícil pensar que en un període en què l’àmbit públic (materialitzat en el carrer, en el fet d’estar fora de casa) era un espai principalment i prioritàriament masculí, més encara amb l’arribada de la industrialització i el capitalisme productiu, si a algú se li havia de diagnosticar per a tractar i curar possibles dificultats en aquest espai, eixos eren els “homes”. Eren aquests i el seu rol productor allò que interessava reafirmar i preservar. Així, una “dona” amb dificultats o malestars al carrer i que preferira, optara per o sols poguera estar a casa no era un problema patologitzable, era el que s’esperava d’ella, era la seua normalitat, una normalitat domèstica.

1.3.2.2. Feminitat normativa a principis del segle XX

Arribem als primers anys del segle XX de l’Estat espanyol per a veure el o els models de feminitat normativa que es construeixen i circulen durant aquests anys, i ho fem a partir de

Nerea Aresti (2001) i la seua tesi doctoral *Médicos, Donjuanes y Mujeres Modernas. Los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*. Aresti elabora el seu treball principalment a partir de l'anàlisi de textos i discursos científics i mèdics editats i publicats en aquest període.

Sabem, pel treball d'aquesta autora, que durant els anys que van seguir el canvi de segle la situació va canviar en un sentit favorable per a les "dones" almenys en tres aspectes: l'augment de la participació femenina en parcel·les de l'educació i el treball remunerat, l'entrada de les ideologies feministes i la seua repercussió en l'Estat espanyol als anys 20, i la nova concepció de les capacitats femenines derivada de la Primera Guerra Mundial en la qual les "dones" van haver de fer front a tessitures i treballs per als quals es pensava que no estaven preparades. La conseqüència principal que va portar aquest canvi, com afirma Aresti, va ser un estat generalitzat de preocupació i ansietat, més masculí que femení, sobre el futur de les relacions entre els sexes. Aquesta preocupació va fer necessària una renegociació de les bases sobre les quals es sustentaven les relacions entre els gèneres, una renegociació els candidats més idonis per a la qual van resultar ser els científics gràcies a l'autoritat i legitimitat amb què contaven durant aquells anys (Aresti, 2001).

Si la ciència en general estava en auge, la ciència mèdica en concret era la que destacava per damunt de totes. Va ser el desenvolupament dins de la ciència mèdica de la medicina social, i el canvi de rumb que aquesta va protagonitzar, el que va acabar d'instituir la medicina com a protagonista principal en la tasca de producció de la nova retòrica sobre les relacions de gènere. Com ja hem tractat al començament del nostre marc teòric, allò que aportava de novedós la medicina social era la consideració, per primera vegada, de la salut i la malaltia com a assumptes socials i ja no pas únicament com a qüestions d'índole privada i individual. Fruit d'aquesta consideració va sorgir la idea que diu que els barris obrers i les classes populars esdevenien focus d'infecció dels qual era necessari protegir-se, i era la higiene social l'arma més eficaç en aquesta lluita contra el contagi.

Dins de la concepció de la societat com un organisme viu susceptible d'emmalaltir i de l'assumpció per part de la medicina social del paper de definidora i reguladora de les relacions entre "homes" i "dones", les preocupacions dels metges socials es van centrar en qüestions tals com la maternitat, els comportaments sexuals, la desestructuració de la família

obrerera o els perills del feminisme per a l'ordre sexual. Amb tot, però, va ser potser el treball extradomèstic l'aspecte que més esforços va concentrar per part de la medicina social, sent considerat durant aquests anys una patologia social d'urgent curació. Així, al 1912 el metge Alfredo Opisso Viñas publicava el seu *Catálogo de enfermedades sociales* dins del qual, juntament amb l'alcoholisme, la bogeria, la tuberculosi i altres mals, incloïa el treball femení com al responsable de l'empobriment de l'organisme social (Aresti, 2001).

Com ja introduïem al començament d'aquest punt, tot i que l'Estat espanyol es va mantenir neutral en la Primera Guerra Mundial, les conseqüències de la contesa en l'economia, en la societat i en les mentalitats dels ciutadans espanyols va ser notòria. Respecte a la condició femenina, l'experiència bèl·lica va tenir dos conseqüències fonamentals: el qüestionament dels prejudicis sobre les capacitats femenines cap a un gran nombre d'activitats tant manuals com intel·lectuals i, en relació amb això, el sorgiment d'un sentiment de por i inquietud sobre el futur dels rols tradicionals femení i masculí. Naix, així, en aquest període un nou model femení representat per la imatge de la "dona" moderna, un nou model del qual els metges socials, fonamentalment "homes" de classe mitjana, van tractar de mitigar i endarrerir els seus possibles efectes desestabilitzadors en l'ordre genèric (Aresti, 2001).

El que ens interessa, però, ressaltar ací de la mà d'Aresti és que si molts metges, intel·lectuals o persones del carrer van acceptar i promoure determinades concessions femenines en aquest període, va ser més que per l'augment de la sensibilitat cap a la injusta condició femenina, per la por cap als canvis que aquesta condició podia provocar en les relacions de gènere. Especialment significativa i esclaridora a aquest respecte és la següent oferta del ginecòleg Vital Aza Díaz a una hipotètica lectora feminista: "Si la "mujer" ha de seguir hoy la ruta, cada vez más amplia y luminosa, del feminismo, sígala siempre sin hacer el sacrificio de sus más hermosas aspiraciones y deberes (...) y sin temer que su unión, al fructificar en fecunda semilla de risas infantiles, obstaculizará su marcha social" (Aza Vital, 1928:47 citat en Aresti, 2001, p. 223. Cometas nostras).

Durant aquests anys es viu un apilament d'actituds nostàlgiques cap a un passat d'estabilitat, de temors masculins per una possible pèrdua de privilegis, inclús l'homosexualitat, entesa com a problema social, comença a introduir-se com una de les preocupacions del moment i a associar-se als efectes perjudicials de les proclames

feministes i de la distorsió de les diferències sexuals. La conseqüència inevitable de tot açò és la demonització del model de la nova “dona”, la *garçon* francesa importada, la “dona” moderna considerada com un tipus immoral i antinatural. Aquesta “dona” moderna arquetipus imperant als anys 20 era un tipus diferent al model anterior, una “dona” prima, amb els cabells curts, la faldilla curta i l’escot ampli, amb les celles depilades, un cigarret als llavis pintats i amb les galtes i les pestanyes maquillades, una “dona” que aspirava a certa autonomia personal al temps que lluitava pels seus drets (Aresti, 2001). No és arriscat afirmar, com ho fa Aresti i com passava quan analitzàvem el model de feminitat hegemònica del segle XIX, que aquest model descrit no es corresponia amb la realitat majoritària de les “dones” espanyoles d’aquesta època. Amb tot, però, sí que tenia, com ressalta l’autora, una vigència plena des del punt de vista simbòlic aglutinant els trets més temuts del model de “dona” androgin i independent.

La demonització i els prejudicis aplicats a aquesta “dona” consistien principalment en el seu retractament com a incapaç per a l’amor i per al desenvolupament de la funció maternal, una incapacitat que s’associava en ocasions a la figura de la prostituta. Altre atac usual efectuat a la “dona” moderna es dirigia contra la seua coqueteria. Considerada una manifestació del narcisisme femení, una actitud egoista i patològica que impedia la propagació de l’espècie, s’establia una distinció entre aquesta coqueteria exagerada i el sa interès per agradar els “homes” des de la discreció i la modestia (Aresti, 2001).

Davant aquesta situació, crisi del model tradicional femení i auge d’un nou alié, no suggerit ni sorgit des de la medicina i contrari als seus interessos, els representants de la medicina social es van afanyar per proposar i configurar un nou ideari. Aquest nou ideari havia d’organitzar les regles del joc genèric al voltant de fonaments moderns i científics, els únics legítims i admesos en aquests anys. Per a això, ja no valia suggerir que les “dones” eren inferiors, al contrari, estava ja ben clar que no ho eren i ho havien demostrat assumint espais i situacions tradicionalment masculines durant i després de la Primera Guerra Mundial, el que quedava ara era acceptar que eren essencialment diferents als “homes”, quelcom que, d’acord amb les lleis naturals, assignava una funció social radicalment distinta a unes i a altres. En aquest nou ideari hi havia espai també per al feminisme, però sols per a un tipus desitjable de feminisme, això és, aquell que permetera millorar la situació de les “dones” sent respectuós, al mateix temps, amb la seua naturalesa femenina (Aresti, 2001). Entre molts

dels doctors que van escriure i tractar sobre aquestes qüestions durant aquests primers anys del segle XX, Aresti destaca la figura de Gregorio Marañón com a ginecòleg que va despuntar pel seu tractament de la “qüestió femenina” no únicament en termes fisiològics o naturals sinó, i precisament sobre la base d'aquesta naturalesa, també i sobretot en termes socials.

1.3.2.2.1. Maternitat medicalitzada

La qüestió social de la maternitat durant les tres primeres dècades del segle XX ha d'entendre's, segons ens indica Aresti (2001), com un fenomen de continuïtat i renovació al mateix temps. La seua consideració com a element central de l'ideal de feminitat i de la identitat de moltes “dones” respon a aquesta continuïtat respecte al passat, i esdevé quelcom que els teòrics socials de principis de segle tractaran de reforçar incansablement. Per altra banda, però, durant aquests anys la qüestió adquirirà també un nou sentit que segons l'autora mudarà el mateix concepte de maternitat, i ho farà de la mà i el treball dels metges socials.

El més influent ginecòleg de l'època, el ja anomenat Marañón, de la mateixa manera que els il·lustrats un segle abans, pensava que el lloc de la “dona” en la societat estava en el seu paper de mare i esposa, en la família. Si el nou discurs genèric ja no podia basar-se en la negació de les capacitats femenines ja provades, per a inclinar a les “dones” que romangueren en el seu lloc tradicional havien de persuadir-les d'alguna manera, i eixa manera era mitjançant determinades contrapartides, és a dir, a canvi d'alguna cosa. Compensacions advertides en declaracions com les efectuades per Marañón l'any 1926, en les quals exclamava obertament que la situació de les “dones” passava per “tener todos los derechos del “hombre”, tener abiertos todos los caminos intelectuales y sociales: eso, sí; pero, ante todo, ser “mujeres”, cada vez más “mujeres”” (Marañón, 1926, p. 220 citat en Aresti, 2001, p. 204. Cometas nostras.). Així, l'haver renovat de ser “dona” aniria durant aquests anys acompanyat d'una major tolerància amb l'excepció i d'un marge més gran de maniobra per a la generalitat de les “dones”, així com de l'adscripció i gaudi d'alguns drets relacionats amb l'accés a l'educació, el treball de fadrines i vídues, i determinades prerrogatives legals que farien de l'acompliment de la missió maternal un destí menys hermètic que en el passat (Aresti, 2001).

El model de feminitat hegemònic que s'impulsava ací, principalment des de la institució mèdica, s'allunyava aleshores de la feminitat del passat però també de la feminitat emancipada que circulava pels discursos més feministes de l'època. Es tractava de reformular la feminitat passada sense arribar a les quotes de llibertat i autonomia socialment insostenibles de l'emancipada, i el millor punt de partida per a aquesta renovació era la maternitat.

Com ja hem esmentat, la qüestió de la maternitat en aquests anys no va ser una simple continuació dels preceptes anteriors, al contrari es van produir canvis trascendentals que van afectar el mode en què les “dones” es van relacionar en aquest període amb la seua condició de mares, canvis materialitzats en una nova legislació creada per a la protecció de xiquets i mares com la *Ley de Protección a la Infancia* redactada l'any 1908 o el *Reglamento de Puericultura y Primera Infancia* de l'any 1910 (Aresti, 2001). Amb tot, però, Aresti sosté que aquest primerenc interès per la maternitat, un interès diferent del que s'observaria pocs anys després, es va correspondre més amb una preocupació per la mortalitat infantil, el creixement de la població, els drets dels xiquets i la decadència de la raça que amb una preocupació real per la mare i les seues condicions o necessitats a l'hora d'exercir la maternitat.

Així, doncs, l'interès dels metges per la mare es va dirigir, més que a garantir els seus drets i necessitats, a paliar la considerada falta de preparació de les “dones” espanyoles per a complir reeixidament la seua funció maternal. El que els metges plantejaven era la necessitat d'un entrenament i una tutela de les mares per part dels professionals de la medicina i de les autoritats, amb la finalitat de controlar i dirigir la gran influència i força social que concedia a aquestes el seu inevitable protagonisme en el part i la criança de la prole. Amb aquest objectiu es va inaugurar la nova disciplina de la maternologia en la qual s'ensenyava a les xiquetes com ser en un futur bones mares a partir dels fonaments de la medicina social (Aresti, 2001). Com hem vist, si a La Il·lustració la medicina havia “creat” l'instint maternal ocupant-se de separar la maternitat i criança de les pràctiques tradicionals no-mèdiques, ara, durant aquestes primeres dècades del segle XX, s'experimentarà una confirmació i validació de la medicalització dels processos de maternitat i criança.

Hereva del període il·lustrat, l'Espanya de principis del segle XX va recórrer a la lactància materna com a emblema d'una maternitat i criança adequades fonamentades en el destí natural de les "dones". Significada de manera específica pel context de llavors, la lactància materna es va erigir en aquells anys com a pilar simbòlic de l'aguant de les obligacions maternals i domèstiques front a l'amenaça del desordre feminista. D'aquesta manera, en els anys que van seguir a la Primera Guerra Mundial, seria el paper de mare i esposa el que definiria el model hegemònic de feminitat imperant, un model femení protegit socialment i institucionalment a partir de mesures de suport a les mares solteres i a les "dones" treballadores procreadores, un model, però, del qual quedaven excloses a mode de no-subjecte totes aquelles "dones" sense descendència (Aresti, 2001), totes aquelles "dones" a les quals, tot i ser blanques, de classe mitjana, mitjana-alta i heterosexuales, això és, DBCMAH, els faltava quelcom tan important com la R final de "reproductores".

Si durant els primers anys del segle XX, les proclames de metges i higienistes s'havien legitimat en la necessitat de lluitar contra la mortalitat infantil i pel futur de les generacions esdevenidores, a partir dels anys 20 i tot i no abandonar del tot la preocupació pronatalista, va haver-hi una evolució cap a un interès cada vegada major centrat esta vegada en les mares. En uns moments en què les "dones" augmentaven les seues quotes de protagonisme en l'àmbit legal, laboral i educatiu, va resultar necessari reforçar la identificació entre feminitat i maternitat. De nou van ser els metges socials els proveïdors dels conceptes, les paraules i idees necessàries per a aquesta sustentació en el terreny discursiu, de manera que quan els polítics, teòrics socials, feministes, legisladors, juristes o intel·lectuals van debatre sobre temes sexuals, ho van fer, en bona mesura, a partir dels termes elaborats per la comunitat mèdica (Aresti, 2001). I de nou ens resulten especialment esclaridores, d'acord amb la necessitat discursiva de vincular, dins d'un context d'augment de drets socials de les "dones", feminitat amb maternitat, les paraules de Marañón segons el qual "el deber del varón como tal varón es trabajar y producir. El deber de la "mujer", como ente sexual, es ser madre; buena madre y madre para siempre: lo demás de nuestra vida estará bien o mal, según concurra o no, directa o indirectamente, a estos fines supremos" (Marañón, 1933, p. 35 citat en Aresti, 2001, p. 303. Cometas nostras).

Les lleis naturals funcionaven aquí, com al segle anterior, com a legitimació de la funció social femenina. Amb tot, però, va ser fonamentalment la dimensió social de la maternitat la que va

guanyar importància durant aquests anys, representant-se ja no sols individualment com a deure femení, sinó també i sobretot en l'àmbit col·lectiu i institucional com a funció social necessitada de reconeixement i protecció per part del conjunt de la societat i de les seues agències principals.

Així, en la línia de l'interés social per la protecció i reconeixement de la mare es van dur a terme durant aquests anys determinades mesures institucionals. En 1923 es va implantar el "subsidi de maternitat" a través d'un real decret que prohibia treballar a la mare durant les sis setmanes posteriors al part, establia la possibilitat d'un permís postpart per a aquesta, concedia una hora diària per a la lactància, assistència mèdica i una subvenció de cinquanta pessetes a tota obrera o empleada en situació de deslliurament, sempre que estiguera inscrita en el règim obligatori de Retir Obrer. En 1929, 1930 i 1931 es va organitzar, reglamentar i implantar una assegurança de maternitat, les beneficiàries del qual eren les "dones" treballadores d'entre disset i cinquanta anys inscrites en el règim obligatòri de Retir Obrer, amb l'objectiu de garantir assistència facultativa durant l'embaràs i en el part, subministrament dels recursos necessaris durant aquest període de temps i accés a les institucions dedicades a la protecció de la maternitat i de la infància. Tant el subsidi de 1923 com la revisió millorada de 1931 van esdevenir insuficients en molts casos cara a les necessitats reals de les "dones" implicades que, tot i quedar moltes d'elles, sobretot a partir de la millora de 1931, incloses en l'assegurança, no van acabar de poder disfrutar d'aquest, quelcom que va provocar crítiques i protestes per part de moltes "dones" que havien acceptat ja per aquells anys la funció social maternal i la seua necessitat d'empara en un exercici d'interiorització subjectiva dels discursos hegemònics (Aresti, 2001).

Evidentment, com ens diu Aresti, el grau d'acceptació dels discursos aconseguit, ja no sols per les "dones" sinó pels diversos sectors socials implicats en el joc de la convivència entre els sexes, no es va traduir automàticament en un canvi d'actituds i hàbits, en tant que l'efecte de les relacions de poder en l'àmbit privat, en la quotidianitat i en la subjectivitat dels individus esdevé sempre irregular i avança a un ritme diferent al de les transformacions ideològiques. Amb tot, però, i seguint amb l'argumentació d'aquesta autora aplicada a les idees treballades de Butler i Connell, ideologia i subjectivitat, discurs social i quotidianitat, no són esferes de la realitat aïllades, sinó que les relacions de poder de què parlem que prenen la forma ací de discursos socials impacten en les subjectivitats dels individus, en

paraules d'Aresti, “perturbando el orden sexual de su cotidianidad” (Aresti, 2001, p. 108), al mateix temps que aquests mateixos individus en la posada en pràctica d'aquests discursos, i mitjançant pràctiques reflexivocorporals individuals i col·lectives, compten amb el marge d'actuació necessari per a criticar, posar en dubte i transformar els mateixos discursos socials i les seues experiències en ells.

1.3.2.2.2. Aportacions a la relació diagnòstic agorafòbia - diagnòstic “dona”

Com hem vist en aquest apartat, la feminitat normativa proposada i impulsada des dels discursos mèdics, legislatius i institucionals durant les tres primeres dècades del segle XX és una feminitat hereva en part del model forjat en La Il·lustració, al temps que oberta a majors concessions. Així, veiem un model liderat per la “dona” esposa i mare encarregada i responsable de les cures de la família, el que implica, com en el model anterior, la gestió econòmica domèstica, mesclada amb una “dona” cada volta més subjecte de drets i estimació social com a compensació institucionalment pactada de cara a les influències feministes que arriben d'Europa. I és que en el context postbèlic d'aquestes primeres dècades del segle XX, i encara més després de la Segona Guerra Mundial poques dècades després, les idees emancipades feministes arriben a l'Estat espanyol ja quasi irrefrenables: emancipació implica sobretot per a les feministes en aquests anys l'eixida de la privacitat de la llar i la conquesta de l'espai públic.

Després de la Gran Guerra i de la Segona Guerra Mundial, les “dones” comencen a convertir-se per al sistema capitalista en un públic de consum potencialment explotable. Han assumit, com hem dit, moltes tasques de producció tradicionalment femenines, quelcom que les ha dotades de major independència econòmica, quelcom que les constitueix en possibles i aprofitables compradores. Quina és la millor manera per a enfocar aquest nou consum femení? Per a explotar la feminitat com a públic genèric de consum, res millor que enfocar el seu consum al seu rol tradicional, això és, la gestió de la vida domèstica.

És en aquesta època en el context europeu, context amb un model hegemònic de feminitat paral·lel a l'espanyol que hem vist ací, quan comença a produir-se el que Reuter anomena com “la regenerització o feminització del discurs agorafòbic” (Reuter, 2006). Què suposa açò? Que un nombre cada vegada més gran de “dones”, això és persones diagnosticades

mèdicament com a “dones”, comencen a ser diagnosticades d’agorafòbia possiblement perquè la seua normalitat comença a variar respecte a la normalitat limitada a la privacitat de la llar del període anterior. Així, però, per molt que la normalitat femenina varie i estiga més en el públic, la missió femenina segueix consistint primordialment en la maternitat i la cura de la família i la casa, és a dir, la gestió econòmica i emocional domèstica. Ara, i en concordància i aliança amb l’expansió del capitalisme de consum, començaran a aplicar-se des dels discursos socials, entre els que destaca la medicina, perquè les “dones”, inevitablement ja al carrer i susceptibles dels discursos alternatius de la “dona” emancipada, la *garçon*, la “dona nova”, etc., seguisquen almenys, com advertia l’anàlisi d’Aresti (2001), amb el seu rol domèstic (maternal i cuidador), i la millor manera per a fer-ho, una manera molt funcional al mercat de consum, és explotant el seu rol domèstic-comprador: gestores domèstiques que “han d’eixir de casa” per a comprar per a la casa, esposes que “han d’eixir de casa” per a comprar per als marits, mares que “han d’eixir de casa” per a comprar per a les filles i els fills, i “dones” suficientment emancipades com per a “haver d’eixir de casa” per a començar a comprar per a elles mateixes. De la mateixa manera que en l’apartat anterior, aventurem un procés o patró dels diagnòstics d’agorafòbia a l’Estat espanyol semblant al de la resta d’Europa, doncs l’Estat espanyol durant aquests anys vivia en molts punts proper i susceptible a les idees provinents del nord.

Aquest transcurs, aquesta reformulació de la feminitat normativa iniciada a principis del segle XX alhora des de certes quotes de llibertat, emancipació i espai públic, així com des de la saturació domèstica, es veurà, però, en el cas de l’Estat espanyol truncada amb l’arribada del franquisme i la seua conceptualització del que les “dones” podien i havien de ser, això és, la seua conceptualització concreta de l’ordre social i, dins d’aquest, de l’ordre de gènere.

1.3.2.3. Feminitat normativa a la Segona República i al Franquisme

Tot i ser processos històrics, polítics i socials discursivament oposats la Segona República i el franquisme, nosaltres encetem l’anàlisi dels dos processos per separat aglutinant-los, però, en el mateix apartat per la seua proximitat històrica i sobretot, i causa de la seua consecució històrica, per les possibilitats que veurem que ens brinda en matèria de gènere, i que serien aplicables a molts altres àmbits, entendre les conceptualitzacions franquistes de l’ordre de gènere i de la feminitat com a resposta, arranament i aconduïment del que

consideraven una devastació anterior. En un espai molt curt de temps, l'ordre nacional-catòlic franquista pretendrà donar-li la volta als avanços en matèria de llibertat institucional femenina quallats durant la Segona República i retornar la “dona” al seu espai i destí natural, eixe format per quatre parets, un marit i, si és possible, un bon nombre de fills. Això, però, ho vorem un poc més avant.

De moment, per a reconèixer la feminitat normativa que es va proposar i facilitar des dels discursos institucionals i socials en la Segona República recorrerem al treball de la historiadora Ana Aguado (2008). Pel que fa al franquisme, i donada l'abundància de material sobre aquest període, treballarem combinant les explicacions de María José Gámez-Fuentes (1997), Eider de Dios Fernández (2014), Matilde Peinado Rodríguez (2016) i Sergio Blanco Fajardo (2017), a fi d'intentar esbossar la construcció del model femení hegemònic d'aquest període.

1.3.2.3.1. La Segona República

Com apunta Ana Aguado (2008), el període republicà va implicar, respecte a les dècades anteriors i en termes de relacions genèriques, tant continuïtats com canvis principalment pel que fa a la tradicional vinculació dels gèneres amb els espais públics i privats. Per això, assegura l'autora, cal analitzar aquestes relacions genèriques, i els seus canvis i continuïtats, des de dos dimensions correlatives; per una banda les transformacions de les pràctiques socials i models hegemònics de feminitat i masculinitat en l'àmbit polític, legislatiu, en definitiva, institucional, i per l'altra, els efectes d'aquestes transformacions institucionals en la vida quotidiana i les subjectivitats dels individus de l'època, fonamentalment pel que fa al nostre treball, en les quotidianitats i subjectivitats femenines.

La Segona República va significar la conquesta de la ciutadania política i social per a les “dones”, del sufragi, doncs van poder votar en les eleccions de 1933, i de drets i llibertats individuals. Però, en una dimensió micro, el desenvolupament durant aquests anys d'una important tasca legislativa començaria a possibilitar transformacions en la vida privada i pública de les “dones”, i dels “homes” per defecte, a partir de la introducció de canvis tan significatius com l'escola mixta, el matrimoni civil, el divorci, el dret a la pàtria potestat dels fills, la supressió del delicte d'adulteri o canvis en la legislació laboral (Aguado, 2008). Drets

legals forjats i implementats institucionalment que quallarien en poc temps en les quotidiانيتats i subjectivitats femenines.

Els àmbits educatiu i laboral van ser dos dels més afectats per les transformacions republicanes, dos àmbits, a més, que ja en aquests anys, i a diferència de períodes anteriors, tenien un protagonisme i significació important en les vides de les “dones”, per la qual cosa qualsevol canvi a aquest efecte portaria inevitablement una alteració i modificació tant en les condicions de vida particulars d'aquestes, com en les seues maneres de comprendre i explicar-se a elles mateixes i al món que les envoltava. Així, l'escola mixta, amb els seus programes de coeducació i la supressió de les assignatures domèstiques, va implicar la confirmació curricular d'un procés que ja s'estava duent a terme, i que s'impulsava a escala social i política des de la Segona República, això és, la dissociació necessària entre feminitat i domesticitat. En el terreny laboral, la regulació del treball femení, la igualació salarial o la prohibició de clàusules d'acomiadament per matrimoni o maternitat esdevindrien processos destinats a combatre en la mateixa pugna (Aguado, 2008). Tal i com es desprén de les anàlisis d'aquesta autora, a banda de la tasca de juristes o professionals de l'ensenyament, entre els intel·lectuals més actius en les qüestions genèriques van destacar també en aquest període els metges socials com a principals promotors de les doctrines que acabarien plasmant-se en les propostes polítiques i legislatives del nou govern.

No obstant açò, com assenyala Aguado (2008), una de les funcions substancials en la configuració de l'Estat en el nou context republicà va ser l'exercida per les “dones” de procedència ideològica republicana i socialista. Entre aquestes va destacar l'activisme de les “dones” valencianes en la Segona República, les quals, mitjançant les seues organitzacions femenines sorgides dins dels partits republicans, van avivar la participació de les “dones” en l'espai públic i en la vida política, quelcom que va contribuir a neutralitzar el model de feminitat domèstica dominant en una societat en què l'espai públic continuava sent hegemònicament masculí.

Amb tot el que hem esmentat, podem aventurar-nos a esbossar una feminitat normativa republicana en què, malgrat les oposicions conservadores que acusaven el govern i les “dones” de la destrucció de les famílies, la “dona” esdevé cada vegada més subjecte de drets legals, polítics i socials. Un model hegemònic de feminitat en contacte i vinculat

moderadament però reveladorament amb els feministes, un model en procés de separació irregular, pausada i contingent del seu rol tradicional. Un arquetip, un cànon i una norma concebuda, projectada i promulgada per i des de les institucions polítiques, legistalives i socials republicantes, i també, com ha passat amb els anteriors models, per i des de les institucions mèdiques.

1.3.2.3.2. La dictadura franquista

El curt període republicà va acabar de manera abrupta a causa d'un sobtat colp d'Estat, una guerra civil i la posterior instauració d'un repressiu règim dictatorial nacional-catòlic dirigit pel general Franco. Un règim que, com introduïem més amunt, s'afanyarà per revertir, entre altres aspectes, els assolits les dècades i els anys anteriors en matèria sexual, en especial aquells que afectaven tant les vides corrents de les "dones" com, sobretot, la representació cultural i social normativa d'aquestes vides.

Els treballs de les autores i autors que hem seleccionat per a tractar de traçar la feminitat normativa instituïda durant el règim franquista, són unes anàlisis efectuades a partir de l'observació i interpretació de textos, documents, lectures, il·lustracions, en definitiva, discursos extrets de dominis tan variats i diversos que van des de les obres literàries, l'ensenyament, la medicina i el catecisme, fins a les revistes per a senyorettes i la novel·la rosa escrites a l'entorn de l'espai femení.

a) El discurs: naturalització de "La dona"

Com esbrina Peinado Rodríguez (2016), si hi ha un aspecte en què el règim franquista es va preocupar i dedicar per mantenir un discurs naturalitzat, aquest és el de la construcció del seu model de "dona". Un model naturalitzat i, per tant, deshistoritzat que eternalitzava la divisió funcional de la sexualitat i la plena identificació entre sexe i gènere. Erigit com un dels pilars ideològics del franquisme, a banda de en el terreny de les idees, el model naturalitzat de la "dona franquista" va esdevenir una ferramenta fonamental en un àmbit pràctic per a la regulació de les "dones"; la "dona" naturalment maternal, naturalment domèstica, naturalment familiar contindrà implícitament i explícitament en la seua conceptualització i exercici un domini i un control econòmic, emocional i sexual.

Així, el discurs naturalitzat de la “dona” provocarà la identificació de la llar com el seu espai biològic adequat, essencial, lògic, quelcom que comportarà, de nou, la seua reclusió domèstica. Instituïda la domesticitat, la familiaritat i la maternitat com a principis de la identitat i essència femenina, de nou una rígida divisió sexual de la feina s’imposarà com a característica principal de les relacions de gènere en aquest període.

El discurs sobre la “dona” ideal resultarà, llavors, de la unió del model burgès de la mestressa de casa amb la ideologia del nacionalcatolicisme, una conjunció de models en la qual el paper de la “dona” quedarà definit per l’abnegació i la submissió (Blanco Fajardo, 2017).

b) La maquinària curricular: domesticitat i maternitat

La construcció del model femení franquista va quedar confiat, com afirma Blanco Fajardo (2017), a la *Sección Femenina* i a *Acción Católica de la Mujer*, dos organismes franquistes dedicats a la guàrdia i custòdia femenines que van comptar per a la seua tasca, però, amb un fort suport jurídic i institucional. Aquests dos organismes, doncs, van ser els principals encarregats de definir i caracteritzar el que havia de ser la feminitat franquista, una feminitat sustentada i fonamentada en els tres pilars que ja hem esmentat, això és, la maternitat, la família i la domesticitat.

Des de la *Sección Femenina* es va impulsar la implantació en les escoles de les anomenades “Enseñanzas del hogar” en les quals les xiquetes aprenien el conjunt de comeses i labors necessàries per a poder dur a terme una correcta gestió de la llar, quefers que anaven des de la cuina, la costura i la neteja, fins a l’ensenyament, la infermeria o l’economia. Entre les assignatures que van sorgir en les escoles de tot l’Estat estaven: Nacionalsindicalisme, Religió, Puericultura, Higiene, Economia domèstica, Alimentació, Art, Decoració, Costura, Cuina i Ciències domèstiques (Blanco Fajardo, 2017). Com suggereix d’una manera poc innocent Gámez Fuentes (1997), les paraules Economia i Ciències esdevenien en aquest context eufemismes per a designar el conjunt de trucs que havien d’aprendre les “dones” per tal de traure el màxim partit al poc que es tenia en la difícil postguerra, quelcom que ens aboca de nou a la idea del fet que allò que s’amaga o que subjau a l’aparentment trivial i accessori paper històric femení, també en el cas concret d’aquest període, és una necessària

i sostenidora administració econòmica de la casa i la família. A banda dels ensenyaments relatius a la llar, altra de les obstinacions de la *Sección Femenina* va ser la introducció de l'esport en l'ensenyament femení. Malgrat resultar una mesura criticada per l'església catòlica, la societat en general tolerava la gimnàstica com a part de l'ensenyament femení sempre que estiguera destinada a la millora de les aptituds de la "dona" com a mare, la cura del seu cos maternal, i no pas a la masculinització de la seua identitat (Fernández, 2014).

Tot i ser usualment des de la família a través de la mare i des de l'escola amb la tutorització de la *Sección Femenina* des d'on es transmetien els ensenyaments necessaris per a convertir les xiquetes en autèntiques i legítimes "dones", les famílies amb menors recursos o majors necessitats comptaven amb dues possibilitats per a l'educació de les seues filles: els convents i el servei domèstic (Blanco Fajardo, 2017). Ni que dir té que ambdues empreses asseguraven per a les xiquetes una educació fidedignament franquista, això és, una educació catòlica i domèstica.

El pilar de l'educació femenina franquista esdevenia, aleshores, la preparació i instrucció de futures mares saludables, cuidadores, atentes i eficaces amb la casa i la família. Així, l'interés del règim franquista per la maternitat i el control d'aquesta es movia des de l'ensinistrament particular de les "dones" al pla general de l'administració social i política, a través de la implementació de mesures legals per a mantenir dins del domini de la llar a aquelles "dones" que, per qüestions econòmiques, tenien la necessitat de treballar fora de les seues cases, mesures tals com els préstecs per als dots, les bonificacions per matrimoni o els premis a les mares de famílies nombroses (Gámez-Fuentes, 1997).

c) Alteritats i variabilitats al model hegemònic

Malgrat la tenacitat i els nombrosos recursos utilitzats pel règim franquista, amb el suport de les seues institucions, per a legitimar un únic model vàlid de feminitat, juntament amb aquest patró normatiu van coexistir experiències alternatives. Estem insistint al llarg de tot el capítol en la importància d'entendre que la presència d'un model hegemònic de feminitat no significa que a efectes reals aquesta siga l'única possibilitat per als subjectes involucrats. Model significa pauta a copiar, patró a imitar, motlle al qual ajustar-se, però tota còpia i imitació porta ímplicit el risc de no esdevenir exacta, tot ajust comporta el risc del no-encaix, tota

feminitat normativa, aleshores, comporta l'oportunitat d'experiències i alteritats, i tantes experiències i alteritats femenines es van donar en el període franquista com persones les van viure.

N'hi va haver que per raons econòmiques es van veure impulsades a eixir de la domesticitat no retribuïda i a trobar una feina remunerada, van haver de "deixar" els seus fills en altres mans que no eren les seues o, fins i tot, que a risc de caure en l'estigmatització es van atrevir a postergar la seua maternitat amb novedosos i clandestinament importats mètodes anticonceptius. N'hi va haver també que des de l'altre extrem social i econòmic van tenir l'oportunitat d'accedir a altres realitats diferents de les que el règim imposava, que amb les possibilitats que els brindava viatjar per Europa i veure altres tipus de vides, van poder impregnar-se i assimilar-se a noves maneres de ser, a noves maneres d'estar. Així mateix, d'aquelles, van haver-n'hi que d'una manera més radical es van rebel·lar subjectivament i políticament al model de "dona franquista" mitjançant la lluita política, la clandestinitat i la guerrilla.

Totes elles, des de la submissió o la sublevació, des de la decisió personal de prendre's un anticonceptiu o des de la decisió política de militar en la clandestinitat, des de la necessitat o des de la voluntat, moltes d'elles sense saber-se ni entendre's feministes, van fer honor a les paraules de Simone De Beauvoir, "the personal is political" (De Beauvoir, 2005), construint i teixint altres maneres de feminitats, això és, provocant, en el dia a dia, en l'acte a acte, en la manera de mirar-se a elles mateixes i a elles en el món que les envoltava, fissures a una norma que lluny d'esdevenir cap destí natural s'alçava sobre la base de la intencionalitat social i política.

1.3.2.3.3. Aportacions a la relació diagnòstic agorafòbia - diagnòstic "dona"

Aplicant els raonaments de Reuter (2001, 2006) al context espanyol, podem inferir que durant la Segona República es donaria una continuació de la feminització del discurs d'agorafòbia en la línia de les primeres dècades del segle XX. Durant el franquisme, però, i assumint que no tenim dades estadístiques per al diagnòstic d'agorafòbia en l'Estat espanyol tampoc en aquest període, podem suposar i ens aventurem a hipotetitzar que podria haver-se produït una parada en la diagnosi femenina d'aquest, una parada possiblement revertida ja de

manera definitiva amb el tardofranquisme i fonamentalment a partir de l'any 1975. Com diem, no tenim dades estadístiques però hipotetitzem una possible frenada en el diagnòstic agorafòbic en “dones”, i un augment en el “d'homes”, durant aquest període a causa del fet que la “dona” tornaria a definir-se per la seua domesticitat, és a dir, la seua normalitat tornaria a ser la privacitat de la llar i no el carrer com ja passava al segle XIX, el que implicaria de nou que la patologia o desviació vinculada a no poder estar al carrer tornaria a ser cosa “d'homes”, en la mesura que cosa “d'homes” era el carrer.

Al seu treball Reuter investiga, subtilment per al nostre entendre, la possible dimensió genèrica del diagnòstic d'agorafòbia, una suposició que nosaltres portem més enllà parlant d'aquest diagnòstic psiquiàtric com un diagnòstic de gènere en si mateix amb una genealogia genèrica en el sentit foucaltia, quelcom per al qual estem ací analitzant i dibuixant les feminitats normatives des del sorgiment del diagnòstic l'any 1871 fins l'actualitat. L'autora se centra en la part productiva/reproductiva, relacionant-la amb l'àmbit públic/privat, de les relacions de gènere i la seua possible relació amb el diagnòstic d'agorafòbia. Però la feminitat normativa, d'aquest període franquista com dels altres vistos fins ara, no estava únicament definida per la divisió sexual de la feina, sinó que a més d'aquesta dimensió n'apareix una altra: l'emocional/sexual; dimensió en la qual, com ja hem aventurat, “l'agradar” ocupa una extensió cardinal.

“L'agradar” va ser un vector fonamental en l'educació femenina franquista, un valor indiscutible que no s'entenia si no era per i en referència als “homes”: agradar-los, ser-los útils, fer-se estimar i honrar per ells, educar-los de joves, cuidar-los d'adults, consolar-los i fer-los la vida facil, això era el que s'ensenyava a les “dones” des de la seua infància (Peinado Rodríguez, 2016). Tal era la importància d'agradar en les identitats femenines, que trobar parella masculina constituïa un dels objectius principals en les seues vides: aquestes es movien per i per a trobar l'acceptació, l'estima i el compromís marital. Com exposava un fragment de la revista femenina *Medina* l'any 1954,

La vida de toda “mujer”, a pesar de cuanto ella quiera simular, o disimular, no es más que un eterno deseo de encontrar a quien someterse. La dependencia voluntaria, la ofrenda de todos los minutos, de todos los deseos y las ilusiones, es el estado más hermoso, porque es la absorción de todos los malos gérmenes -vanidad, egoísmo,

frivolidades- por el amor (*Revista Medina*, 1954 citada en Peinado Rodríguez, 2016. Cometes nostres).

En el fet d'agradar femení franquista trobem dues vessants distribuïdes en les qualitats com a mare i mestressa de casa i en les qualitats físiques. Dues vessants que es correspondrien amb les facetes domèstica/reproductora i física/sexual, fent de la dimensió emocional/sexual més general una esfera imbricada i no del tot separable a les altres facetes que travessen la feminitat normativa. Així, segons el model hegemònic femení, les “dones” havien d'agradar als seus marits a partir de les seues destreses com a mares i mestresses de casa, uns esforços femenins per als quals la recompensa era la protecció i seguretat masculina. Però a banda de com a mares i cuidadores de la casa i la família, les “dones” havien d'agradar també físicament potenciant la seua bellesa. No era suficient amb l'atenció domèstica, la seua obligació era també convertir-se en un bonic recipient. Havien de resultar desitjables, i és que si durant el franquisme es negava a les “dones” com a subjectes sexuals sí que se'ls reconeixia, en canvi, la sensualitat, una sensualitat limitada, aparentment natural i gens ostentosa però suficientment evident com perquè els “homes” se sentiren atrets per elles (Fernández, 2014). Un discurs sobre la bellesa amb la presència d'elements com la naturalitat o la discreció que ens recorda, curiosament i inevitablement, al que es va elaborar més d'un segle abans pels moralistes il·lustrats.

Amb tot el que hem llegit, estudiat i analitzat, podem presumir que de la “dona” franquista es derivava una important plusvàlua patriarcal. En un àmbit més econòmic i en relació amb la divisió sexual de la feina, la reclusió de les “dones” en la casa garantia la supervivència i sostenibilitat vital de la família en la mesura que ella era l'encarregada de la neteja i el manteniment de la llar, de la provisió i preparació dels aliments, de la reproducció i cura dels descendents.

Des d'un punt de vista emocional/sexual, la “dona” franquista també aportava nombrosos beneficis. Com a garant del “descans del guerrer” als seus marits, constituïa un important element de canalització del malestar social en un context polític repressiu (Fernández, 2014). Aquest “descans del guerrer” s'ha d'entendre també en la seua vessant sexual. Sempre disposada, mai reticent, les pautes sexuals per a la “dona” franquista es resumien així en un manual de la *Sección Femenina*:

Debes tener un aspecto inmejorable a la hora de ir a la cama (...) En cuanto respecta a la posibilidad de relaciones íntimas con tu marido, es importante recordar tus obligaciones matrimoniales: si él siente la necesidad de dormir, que sea así, no le presiones o estimes la intimidad. Si tu marido sugiere la unión, entonces accede humildemente, teniendo siempre en cuenta que su satisfacción es más importante que la de una “mujer”. Cuando alcance el momento culminante, un pequeño gemido por tu parte es suficiente para indicar cualquier goce que hayas podido experimentar. Si tu marido te pidiera prácticas sexuales inusuales, sé obediente y no te quejes. Es probable que tu marido caiga entonces en un sueño profundo, así que acomódate la ropa, refréscate y aplícate crema facial para la noche y tus productos para el cabello. Puedes entonces ajustar el despertador para levantarte un poco antes que él por la mañana. Esto te permitirá tener lista una taza de té para cuando despierte (*Sección Femenina*, Economía doméstica para bachillerato y magisterio, 1958 citat en Fernández, 2014. Cometes nostres).

Així, doncs, completant i polint les suposicions de Reuter (2001, 2006), ens arisquem a entreveure que la normativització femenina és molt més que domesticitat i maternitat, que inevitablement enllaçada amb aquestes travessa el terreny reproductiu i de la divisió sexual de la feina per a endinsar-se en el domini de les emocions, els afectes i les sexualitats.

1.3.2.4. Femenitat normativa després de la dictadura

Per a explorar el model (o models) hegemònic de feminitat des de la finalització de la dictadura franquista fins a finals del segle XX, ens fem servir de la tesi doctoral d'Elena Casado Aparicio (2002) *La construcción socio-cognitiva de las identidades de género de las mujeres españolas (1975-1995)*. Casado Aparicio vol aproximar-se a la construcció de les identitats de gènere femenines de les últimes dècades del segle XX, i per a fer açò agafa dos fites simbòliques per a les feminitats d'aquests anys que li valdran per a marcar el principi i final del seu recorregut. Aquests fites són la mort del dictador com a moment de fractura de l'ordre preexistent, moment reforçat per allò que al gènere respecta per la proclamació de les Nacions Unides d'aquell any com a *Año Internacional de la Mujer* i l'organització a l'Estat espanyol de les *I Jornadas por la Liberación de la Mujer*, i la *Conferencia de la Mujer de*

Beijing l'any 1995 amb la qual tanca el seu recorregut, amb els efectes performatius que aquesta conferència, com a culminació simbòlica d'un procés d'institucionalització de la igualtat en termes de gènere, tindria per a les subjectivitats femenines d'aquests anys. Nosaltres, des d'ací, seguirem i utilitzarem la periodització que aquesta autora fa al seu treball considerant-la el millor esquema-itinerari per a construir aquest apartat.

a) Primer període: De 1972 a 1978

Com exposa Casado Aparicio (2002), els anys anteriors a 1975 es van caracteritzar per un desgast del règim franquista concomitant amb l'obertura tardofranquista, una obertura marcada per la progressiva europeïtzació del país i la promoció de la "dona" en termes d'igualtat principalment en l'àmbit laboral. De nou, la conjuntura social i política converteixen la "dona", pilar de la identitat franquista, en un dels elements centrals a partir del qual organitzar el desplaçament cap al nou ordre que comença a emergir. Tot i que ja als anys 60 comença a identificar-se discretament un procés conduent a l'aconseguint d'una igualtat genèrica en termes de drets laborals lligada a una incipient societat de consum, serà a partir de 1975 quan aquesta igualtat, conceptualitzada fins ara en el terreny laboral, comence a desplaçar-se i a reivindicar-se en altres esferes com la relativa a les sexualitats.

Així, en termes d'organització genèrica el context espanyol experimentarà durant aquests anys continuïtats respecte al període anterior, però també experimentarà importants canvis i transicions, que reflectirem a continuació, que assentaran les bases per a possibilitar el que vindrà durant les dècades següents.

Quant a l'àmbit laboral, l'any 1970 el Ministeri de Treball va promulgar un decret que permetia a la "dona" treballadora que contraïa matrimoni mantenir el seu lloc de treball, al temps que garantia que la "dona" embarassada poguera donar-se de baixa temporalment durant un període de temps no inferior a un any ni superior a tres, quelcom que va consolidar la tendència ja anunciada des dels anys 60 de l'augment de l'activitat femenina en quasi tots els grups d'edat (Casado Aparicio, 2002).

Pel que fa al terreny de les sexualitats, com indica aquesta autora, tot i produir-se una continuació i persistència tant en la delimitació de la sexualitat femenina al model reproductor

i familiar com en la visió diferencial de les identitats masculina i femenina en qüestions també de plaer i desig sexual, comença a percebre's un clima de major obertura des del punt de vista subjectiu i pràctic, una obertura que no troba una correspondència en el terreny legal, potser provocada per l'augment cada vegada més generalitzat durant aquests anys de la utilització de mètodes anticonceptius, moltes vegades amb la complicitat mèdica, encara prohibits i adquirits de forma clandestina.

Aquests anys es caracteritzaran també pels efectes que la dessacralització, el turisme i la societat de consum tindran sobre la conceptualització del que és i ha de ser a partir d'ara la "dona", amb els efectes subjectius i performatius que això suposa, per l'aparició del divorci amb pronòstic de ser un dels problemes socials d'un futur a curt termini, i per un incipient influx dels feminismes europeus que comencen a popularitzar-se de manera prudent a l'Estat.

Com refereix l'autora, l'any 1975 es tanca amb dos fites importants per a la construcció de les subjectivitats de les "dones" d'aquest període. Per una banda, la mort del dictador Franco amb el consegüent desmembrament oficial del règim franquista. Per l'altra, la celebració de les *I Jornadas por la Liberación de la Mujer*, moment crucial en la visibilització i consolidació de les "dones" com a subjecte col·lectiu en lluita per un alliberament possible. En síntesi, la "dona mare i esposa" de l'ordre franquista es desplaça cap a una "dona al dia", progressivament activada per la societat de consum, que troba en el terreny laboral la via d'accés a la ciutadania i a una igualtat reformulada i habitable, quelcom que qualla en una "dona treballadora" que escapa a la reclusió de la llar, metonímia de la "dona oprimida", i amb açò a la dicotòmica relació genèrica entre l'àmbit públic i el privat, i que encarna la possibilitat de ser ja no sols una "dona al dia", sinó una "dona alliberada" (Casado Aparicio, 2002).

b) Segon període: De 1979 a 1983

La "dona oprimida" o per alliberar dels anys anteriors comença a ser substituïda durant aquest període pel que l'autora conceptualitza com la "dona al dia" o "dona alliberada" (Casado Aparicio, 2002). Afiançada la igualtat i, en conseqüència, assolit per a la "dona" l'estatus de ciutadana quant a drets es refereix, aquella "dona" suposadament tradicional a la

qual Casado Aparicio adjectivarà com a “marcada”, això és, entesa i representada a partir d’una forta presència de la seua naturalesa sexuada, es desplaçarà oficialment cap al que l’autora defineix com un “persona” neutralitzador i universalitzant de la normalitat igualitària. Així, aquest període estarà protagonitzat per aquesta “persona” neutralitzant i titular de la ciutadania, tot i que, com adverteix el treball de Casado Aparicio, la marca no arribarà mai a desaparèixer dels cossos femenins, sinó que es rearticularà i reafiançarà de noves maneres.

Quins són, llavors, els trets característics d’aquesta “dona al dia” de principis dels huitanta? El treball remunerat, la formació, la competitivitat, la independència i l’autonomia. Una “dona al dia”-“dona persona” on la marca sexual sembla dissoldre’s amb l’assimilació del concepte d’igualtat però que, segons l’autora, entra en avinença amb una visió tradicional del cos femení que no deixarà d’aparèixer com a marcat. Aquest serà el model de feminitat que començarà a ser hegemònic a principis dels huitanta, un model al qual, com hem ressaltat al llarg d’aquest capítol, no necessàriament li correspondrà la realitat viscuda per les “dones” durant aquests anys. De fet, segons les dades plasmades en la tesi d’aquesta autora, en l’any 1981 la major part de les “dones” espanyoles, encara que amb dades inferiors a les dels anys 70, seguiran sense tenir un treball remunerat i es dedicaran en exclusiva al treball domèstic.

Un dels termes per excel·lència durant aquests anys serà el *d’alliberament*, un terme relatiu a les subjectivitats i experiències femenines d’aquesta època dins del qual confluiran dues vessants. Per una banda, la referida a la igualtat jurídica, el treball remunerat i l’educació interpretada com a *alliberament econòmic*, un alliberament forjat a partir de l’eixida de la reclusió domèstica i la igualtat en el qual la marca sexual es difumina i la “dona” es torna “persona”. Per l’altra banda, la vessant de *l’alliberament sexual* en què la permissivitat i la flexibilitat es generalitzaran i, fins i tot, es legitimaran amb l’ajuda de la indústria mediàtica, però en la qual la marca romandrà present (Casado Aparicio, 2002). Mentre que, com adverteix l’autora, en el terreny economicolaboral el consens social va ser almenys aparent, pel que fa a l’alliberament sexual, aquest es va haver de topiar amb la por i la resistència a centrar el discurs en un cos femení profundament i llargament significat i, com hem vist fins ara, amb tant de valor normatiu per a l’ordre social.

Durant aquests anys es produïrien importants modificacions en termes de drets familiars. L'any 1981 es van promulgar la llei de divorci i la llei sobre la filiació, pàtria potestat i règim econòmic del matrimoni. L'any 1983 una altra llei orgànica reformaria el Codi Penal en el que té a veure amb agressions sexuals (Casado Aparicio, 2002). Aquestes modificacions van suposar, com indica l'autora, una resignificació en termes laborals relativa a la divisió entre l'àmbit públic i el privat, i en termes de sexualitat conduent a la separació del trinomi sexualitat/matrimoni/reproducció. Mostra d'aquesta manifesta, que mai definitiva, separació entre sexualitat, matrimoni i reproducció van ser el descens de la natalitat en un moment de flexibilització de les relacions sexuals, la visibilització d'altres pràctiques sexuals diferents a l'heterosexualitat i l'erosió del matrimoni com a únic i necessari garant d'una sexualitat legítima.

Així, si el 1982 va ser un any important, ho va ser també quant a l'estabilització i institucionalització política de la igualtat. La institució va passar a ser l'organisme assegurador d'aquesta, abrigada per un corrent modernitzador i europeista que es plasmava tant en l'existència d'institucions i organismes equivalents en altres països, com en la participació en la *Conferència de la Mujer* l'any 1980 en Copenhague, en l'aprovació del *Primer Plan de Igualdad de la Unión Europea* els anys 1982-1985, o en la ratificació en el context espanyol de la *Convención sobre todas las formas de discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas* l'any 1982 (Casado Aparicio, 2002).

Com assenyala l'autora referida, el següent pas normalitzador vindria de la mà del PSOE i la seua victòria electoral, quelcom que va suposar la posada en marxa d'un organisme governamental orientat a treballar des de les institucions per la igualtat genèrica. Amb tot, però, no va ser el govern l'únic àmbit d'institucionalització de la igualtat, sinó que aquesta va començar a treballar-se i impulsar-se durant aquests anys des de demarcacions com els sindicats, les institucions locals o les universitats.

c) Tercer període: De 1984 a 1988

Durant aquest període es consolida un "dona-persona" lligat als principis de llibertat i autonomia, un "ser persona" en què comença a haver-hi lloc per a la diversitat que travessa les experiències femenines i que pretén quallar, des d'aquesta diversitat, en allò que per a

Casado Aparicio defineix la “dona” en aquests anys, això és, l’oportunitat de “ser una mateixa” (Casado Aparicio, 2002).

Aquests anys es caracteritzaran pel que fa a les feminitats fonamentalment a partir de tres tessitures. En primer lloc ens trobem amb un moviment feminista parcialment erosionat per l’impuls institucionalitzador. En segon lloc, assistim a la posada en marxa del *I Plan de Igualdad de Oportunidades*, un pla compost tant de mesures legislatives, educatives i laborals, com d’altres relacionades amb la sanitat, la cooperació internacional i el moviment associatiu. En tercer i últim lloc, presenciem una atenció substancial des de la medicina a qüestions com l’anticoncepció, l’educació sexual o l’educació maternal, una atenció que tornarà a situar la “dona” en el centre dels debats socials i polítics, una atenció que ens porta a pensar, a partir del que narra Casado Aparicio, en una institucionalització de la igualtat i la llibertat femenines no sols promulgada des de les institucions polítiques, governamentals i legislatives, sinó construïda i impulsada també des de la institució mèdica (Casado Aparicio, 2002).

Així doncs, a través del treball d’aquesta autora, podem interpretar que durant aquest període s’hegemonitzarà un arquetip de “dona” que és, per damunt de tot, persona, racional i autònoma, una “dona” que, a partir del principi de llibertat i des d’aquest, tindrà com a objectiu vital trobar el seu estil propi, això és, una “dona alliberada” però amb les responsabilitats socials i personals de ser fidel a si mateixa. Ara les “dones”, a més, són més diverses que mai, no sols entre si com a resultat de la incorporació de la llibertat siga en termes sexuals, laborals, etc., sinó que fins i tot en cada “dona” conviuen tensions diverses. D’aquesta manera, com exposa Casado Aparicio, el model (o models) hegemònic de feminitat d’aquests anys ja no serà el de la dècada anterior, ni per la distància amb aquest ni per les variables sobre les quals es construeix, sent ara la qüestió més important no ja averiguar si la “dona” és o no alliberada, sinó dilucidar els diferents tipus de “dones” que conviuen en cada una de nosaltres des de l’avenença i la circumstancialitat. Com reflectix de manera esclaridora el següent anunci publicitari de l’any 1985, hi ha “Cuatro diferentes tipos de “mujer”: la natural, la refinada, la apresurada y la indiferente. “Mujeres” bien definidas de las que cada una tenemos un poco. ¿No somos todas, a veces y alternativamente, naturales y refinadas, apresuradas o apáticas? ¡Lo que sí es seguro es que todas y cada una de nosotras somos únicas!” (1985/4, p. 25 citat en Casado Aparicio, 2002, p. 232).

Dins de tot aquest litigi, el cos esdevindrà el *locus* des del qual trobar-se a una mateixa, un cos femení alhora neutralitzat oficialment i aparentment a través del “ser persona”, i alhora marcat, identificat i distingit sobre la base d’una significació sexual i dicotòmica atàvica, un cos protagonista de les dissensions subjectives i performatives de les feminitats d’aquests anys.

d) Quart període: De 1989 a 1995

Aquest quart i últim període es caracteritzarà per una profundització i estabilització en la institucionalització d’una llibertat igualitària. Un principi de llibertat que, com aventura Casado Aparicio, es mobilitzarà des de la part social a la personal, i induirà en els afectats, i fonamentalment en les afectades, la interiorització d’un autocontrol disciplinari (Casado Aparicio, 2002). Aquest control disciplinari de què parla l’autora s’explica per allò que ella denomina com la consolidació de les possibilitats i les exigències femenines com a nou règim corporal-afectiu. S’hegemonitzarà, així, un “ho pots fer tot” reforçat des de les institucions, institucions com la mèdica que, especialment en el terreny de les feminitats, nucli prioritari dels seus esforços i desvetlaments, situaran en les aptituds, facultats i decisions personals l’explicació última de les experiències i vivències femenines. Un exemple d’açò és la popularització durant aquests anys de la cirurgia plàstica majoritàriament entre les feminitats, un tipus d’intervenció mèdica que deposita en la voluntat i la decisió personal les possibilitats de consecució dels fins desitjats, cas perfecte d’un “ho potser fer tot, fins i tot canviar i modificar el teu cos” sustentat i recolzat des de la biomedicina, paradigma extraordinari dins de la nostra preocupació investigadora de com la institució mèdica esdevé una agència productora i reproductora de feminitats.

Eixe desplaçament del principi de llibertat des de l’àmbit social cap a l’espai personal ja s’advertia a finals dels huitanta amb les proclames de “ser una mateixa”, però serà ara quan eixe personal qualle definitivament en les principals institucions. Una institucionalització fonamentada en la heterogeneïtat del terme “dones”, heterogeneïtat que també detectàvem al període anterior amb la puixança del terme “diversitat”, adient als reptes postmodernistes que comencen a plantejar-se a partir dels noranta. Exemple de la institucionalització del “dona-persona” el trobem en la reforma del *Código Civil* l’any 1990 en la qual es substitueix

qualsevol referència a “homes” o “dones” per termes més neutres com persona, cònjuge o treballador (Casado Aparicio, 2002).

També es va produir durant aquests anys un canvi en el *Título Noveno* inclòs en la *Ley 3/1989*. El motiu d'aquest canvi van ser les mobilitzacions i reclames feministes a causa de dos sentències judicials que van ser molt polèmiques aquests anys; el cas conegut com “caso de la minifalda” pel qual un empresari acusat d'agressió sexual a la seua empleada va esdevenir únicament multat, justificant-se la leviat de la condemna perquè ella portava minifalda, i; la violació d'una xica de la qual es va sospitar perquè en aquell moment estava sola en una discoteca i va pujar voluntàriament al cotxe d'un desconegut. Aquest canvi va suposar una modificació en la denominació dels fins ara delictes contra la honestedat que van passar a ser delictes contra la llibertat sexual, l'ampliació del delicte de violació a la introducció del pene via bucal o anal, la supressió del perdó de l'ofesa i la introducció del parentiu com a circumstància agreujant (Casado Aparicio, 2002).

Pel que fa a un dels dos pilars de la igualtat moderna, l'educació, l'any 1990 es promulgaria la *Ley Orgánica General del Sistema Educativo*, la LOGSE, en la qual s'afirmaria que l'objectiu primer i fonamental de l'educació seria el de proporcionar a les xiquetes i xiquets, als joves d'un i altre sexe, una formació plena que els permetera conformar la seua pròpia i essencial identitat (Casado Aparicio, 2002). Com veiem ara “l'essència” femenina canvia, passant a ser definida institucionalment la feminitat, almenys en termes oficials i lícits, ja no des de la naturalesa sinó des de la igualtat, i diem aparentment perquè, com veurem més avant, la marca de què parla Casado Aparicio (re)apareixerà reformulada i rearticulada en el model normatiu de feminitat d'aquest període. L'altre pilar, la feina, apareixerà marcat per la creixent incorporació de les “dones” a l'espai públic, procés necessari per a aconseguir la independència i autonomia material que reclamen la igualtat i llibertat durant aquests anys.

Tot el que acabem d'exposar, els canvis legislatius, educatius i laborals produïts durant aquesta dècada, esdevenen perfectes exemples de la imparable instucionalització de la igualtat que caracteritza aquest període, una instucionalització del discurs igualitari que arribarà ja completament afiançada als nostres dies.

Esment especial mereix la construcció i significació de la maternitat durant aquests anys. Per una banda apareix, en consonància amb el “ser una mateixa” i el “dona-persona”, com una opció personal que incumbeix i compet a la “dona”, als seus desitjos i a les seues circumstàncies. Per l'altra, aquesta volició es recobreix d'irrenunciabilitat lligada a felicitat, i es converteix en una opció personal a la qual qualsevol “dona” hauria de plantejar-se no renunciar si vol sentir-se plena i realitzada. Aquesta significació de la maternitat esdevé, com adverteix Casado Aparicio, una mostra de com la marca de la qual ella tant parla, en lloc de desaparèixer com volen donar a entendre els discursos modernitzants, es desplaça i recompon en un altre lloc, en unes altres significacions vinculades amb la representació hegemònica del “dona-persona” amb les quals entra en conflicte i avenença (Casado Aparicio, 2002).

Així doncs, la feminitat normativa d'aquest període estaria il·lustrada per la imatge de la “*superwoman*” (Casado Aparicio, 2002): una “dona” activa, competent i remunerada en la seua feina, una “dona” que no renuncia a la seua maternitat, que a més de parir els seus fills, els cuida, atén i educa, els acompanya a l'escola pels matins abans d'anar a la feina i els arreplega a la vesprada quan ix d'aquesta, una “dona” que manté neta i aprovisionada la casa, que prepara els desdjunis, dinars, berenars i sopars a la família, una “dona” que es conserva atractiva i desitjable per al seu marit, una “dona” tan efectiva que en el seu temps lliure és capaç de gaudir i assegurar-se una vida social satisfactòria. Una “*superwoman*” que, amb matitzacions i incorporacions com veurem al següent apartat, persistirà dues dècades després.

Casado Aparicio tanca el seu recorregut per les feminitats normatives de finals del segle XX amb la fita simbòlica de la *Conferència de la Mujer de Beijing* l'any 1995, amb la intenció de concloure i quedar-se amb la importància i l'impacte que va tenir, tant cap a les institucions, agències i organitzacions de l'Estat com en l'àmbit de les subjectivitats femenines espanyoles, la promoció i circulació mundial d'una imatge de comunitat de les “dones” triomfant i en procés d'empoderament.

1.3.2.4.1. Aportacions a la relació diagnòstic agorafòbia - diagnòstic “dona”

Ens atrevim a situar en aquest període exposat, els anys que van des del final de la dictadura franquista a l'afiançament de l'obertura europeista i l'entrada en l'Estat espanyol del capitalisme de consum, la possible refeminització definitiva del diagnòstic d'agorafòbia en el context espanyol, anys després respecte a la situació general d'Europa analitzada per Reuter (2001, 2006). Amb l'exemple del que va ocórrer anys abans en Europa, comença a estendre's la idea que defensa que la incorporació activa de les “dones” al mercat de treball les converteix en un públic de consum molt valuós i potencialment explotable. Així, la domesticitat franquista situada únicament dins de casa, torna a (re)ubicar-se en l'espai públic i a significar-se ara com a arma d'alliberament enginyosament i profitosament d'acord amb l'impuls institucionalitzador de la igualtat i la llibertat i amb les reivindicacions feministes. Com suggereix Alba Carosio (2008), la societat de consum es va estendre prenent com a base la crida explícita a la nova mestressa de casa, un nou tipus de mestressa de casa que substituirà la seua antiquada i oprimida vida per nous sabers i pràctiques, una nova “dona” amb el temps suficient per a eixir de casa a passejar i comprar nous equipaments que es publicitaven com a armes per a l'alliberament femení. Les “dones” segueixen sent ací les encarregades de la gestió domèstica de la llar i la família, però ara aquesta domesticitat es reformula menys opressiva i més lliure en relació amb el mercat de consum capitalista. Així, si ixen a comprar les coses per a la casa, els aliments, la roba, si ixen a portar les filles i els fills a l'escola o al metge, en definitiva, si ixen al carrer com pretenen les proclames feministes, que siga, però, seguint sent beneficioses a l'ordre capitalista sense conflictes ni sentiments d'opressió, això és, creent-se alliberades.

Amb aquesta conjuntura econòmica i genèrica és quan pensem que es va poder assentar definitivament en l'Estat espanyol la feminització del discurs agorafòbic, quan va poder tornar a diagnosticar-se d'agorafòbia de manera molt majoritària a les “dones”. Com hem volgut ressaltar encara amb risc de semblar repetitives, però amb l'única intenció de ser responsables amb allò amb què treballem, no tenim dades oficials del procés històric del discurs agorafòbic a l'Estat espanyol. No obstant això, sí que hem trobat estudis realitzats durant aquest període en els quals queda plasmat que la majoria de persones diagnosticades als anys 80 i 90 d'agorafòbia en l'Estat espanyol eren “dones”. És el cas de l'estudi psicomèdic titulat *Eficacia de las intervenciones conductuales en problemas de ansiedad en España* realitzat l'any 1999 per la *Universidad de Murcia*, en el qual es presenten els resultats

d'una revisió sobre l'eficàcia de les intervencions conductuals a partir d'estudis localitzats en el període de 1980-1997. En aquest estudi s'afirma obertament que els trastorns d'ansietat, entre els quals els autors situen l'agorafòbia com un dels principals, presenten una taxa de prevalència del 19,5% per a les "dones" i del 8% per als "homes" (Olivares Rodríguez, Sánchez Meca i Rosa Alcázar, 1999).

Així, si com sosté Reuter (2001, 2006) i com hem vist ja, a Europa la feminització del discurs agorafòbic va ocórrer a partir de les circumstàncies econòmiques i genèriques possibilitades per la Primera Guerra Mundial i més encara després de la Segona Guerra Mundial, ens aventurarem a hipotetitzar que possiblement a l'Estat espanyol, i després d'una primera feminització que ja hem esmentat coincident amb la resta d'Europa, la feminització definitiva es reprendria en aquest període després de la interrupció franquista. Un període en què es va crear un món social i econòmic en i per a la feminitat, un món en què aquesta feminitat era la protagonista en termes legislatius, laborals, educacionals i, també, en relació amb el món comercial, un món on la nova "dona" era una "dona" formada, treballadora, activa, independent econòmicament, mare, esposa i, per damunt de tot, compradora. En aquest procés la medicina de segur va jugar de nou un paper actiu com a agència al servei de les relacions de poder, penalitzant i patologitzant a aquelles "dones" que no eixint al carrer no complien ni amb el seu rol domèstic ni, ara tampoc i com veurem amb més claredat al següent apartat, amb el seu rol "alliberat".

Per a acabar amb aquest apartat, ens és necessari recuperar la línia que estem seguint durant aquest capítol i fer referència al paper de la dimensió emocional i afectivosexual femenina, simbolitzada com hem fet fins ara en la incitació i enaltiment de "l'agradar" femení, durant aquests anys en la formulació de la feminitat normativa. Com afirma Casado Aparicio (2002), una vegada estabilitzada i naturalitzada la igualtat, durant aquests anys es recupera resignificada la marca sexuada invisibilitzada, una marca que s'expressa no sols en una maternitat que es recompon en tensió amb el "dona-persona" amb el qual ha d'articular-se en les biografies femenines, sinó fonamentalment en una bellesa vinculada a l'etern femení, expressió ara d'un jo interior, autònom, independent, capaç i amb estil propi d'uns subjectes la major corporalització dels quals segueix sent contundent. Una bellesa, un "agradar", un "ser desitjable" autònom, propi i aparentment independent, però sempre en dependència amb "allò" al qual li has de resultar desitjable, amb "allò" al qual li has d'agradar, construït

com a norma a complir per les feminitats d'aquest període i, per tant, interioritzat, practicat i performativitzat com a element fonamental de les subjectivitats femenines.

1.3.2.5. La feminitat normativa de hui

Des de finals del segle XX i principis del XXI hi ha un contingut que s'incorpora de manera més categòrica en la construcció i definició del model (o models) hegemònic de feminitat; es tracta de la sexualitat. Si, com hem vist, en el període que va dels anys 70 als 90 la societat espanyola viu un procés d'institucionalització de la llibertat en termes universals, predominant els terrenys legislatiu, laboral i educatiu, a partir dels anys 2000 es produeix el que anomenarem ací com a institucionalització de l'alliberament sexual. En aquest sentit, tal com afirma Gill (2008), per a les "dones" joves de hui en les cultures postfeministes, l'exhibició d'un cert tipus de coneixement sexual, pràctica sexual i agència sexual s'ha convertit en normatiu.

Per a construir aquest apartat i per a dibuixar la feminitat normativa actual, i donada la quantitat de treballs sobre aquesta qüestió escrits des de les més diverses posicions i en un procés continu i desorganitzat d'actualització, he decidit tirar mà de la meua experiència, no sols personal sinó també acadèmica, prenent com a base un treball que vaig realitzar l'any 2013 en el qual s'inclouïa i es perfilava aquesta temàtica. Així, construirem el model (o models) de feminitat hegemònica actual prenent com a guia els textos i discursos dels més variats àmbits, amb una importància clau d'aquells provinents de les revistes i blogs femenins com a *locus* privilegiat de construcció de subjectivitats femenines i de transmissió de relacions de poder i models de normativització a l'era de les tecnologies mass-mèdia i de les comunicacions. Sempre tenint present, d'acord amb Gill, que el que marca el moment actual com a distintiu cap a la normativització femenina respecte a moments anteriors són tres característiques: la intensitat dramàticament incrementada de l'autovigilància, que indica la intensitat de la regulació de les "dones", l'amplitud de la vigilància sobre esferes de la vida i la conducta íntima noves; i l'enfocament el psicològic, en els requisits per a transformar-se i remodelar la vida interior (Gill, 2008).

Si una agència capitaneja la institucionalització actual de l'alliberament sexual femení, eixa és la medicina, i ho fa principalment a partir de la divulgació i generalització de la sexologia

mèdica, una especialitat biomèdica, que conjumina la disciplina mèdica amb la psicològica, que estableix la sexualitat com un dels principals marcadors del nostre estat de salut i treballa per l'aconseguint dels individus d'una vida sexual plena i satisfactòria.

El principal objectiu de la sexologia és el tractament del que anomenen com a disfuncions sexuals, això és, traves en la vivència de la sexualitat que ens impedeixen gaudir plenament d'aquesta. El DSM-5 defineix l'any 2013 les disfuncions sexuals com “un grupo de trastornos heterogéneos, típicamente caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual. Un individuo puede tener varias disfunciones sexuales a la vez” (APA, 2013). Seguidament d'aquesta descripció, el manual il·lustra aquestes disfuncions mitjançant un quadre partit per sexes, en el qual enumera fins a 12 tipus de disfuncions sexuals femenines i tan sols 7 masculines, quelcom que comença a fer-nos sospitar cap a qui va més dirigida aquesta disciplina, això és, la vida sexual de quin dels dos sexes és més susceptible de ser tractada, desbloquejada i millorada.

Les ferramentes mèdiques més utilitzades hui en dia per al tractament de les disfuncions sexuals són la farmacologia i la teràpia sexual (Catalán, 2013). Com suggereix Sílvia Catalán, psicòloga especialista en teràpia sexual, un element important en la teràpia sexual per al tractament de les disfuncions sexuals esdevé “la parella”, per tant, “en el caso de que el paciente esté en pareja, será importante incluirla en el proceso terapéutico ya que la solución del problema dependerá en parte de la dinámica sexual que se haya establecido o se establezca entre la pareja” (Catalán, 2013), sent “la ampliación del repertorio sexual en pareja” una de les tècniques més utilitzades en les seues teràpies sexuals.

A més de la institucionalització mèdica, l'alliberament sexual femení està des del segle XXI en procés d'institucionalització també a través d'altres agències socials com és l'educació. Em ve al cap sobre això una primera xerrada, l'any 2001, realitzada al nostre col·legi quan teníem 15 anys, vaja per davant esmentar que es tractava d'un col·legi catòlic. L'objectiu d'aquesta xerrada, protagonitzada per un ginecòleg i, per tant, legitimada des de la medicina, era introduir-nos als joves en el nostre entorn educatiu a l'educació sexual, vaja per davant de nou apuntar que potser arribava ja un poc tard. Però en fi, atenent als continguts de la xerrada, apareixien elements que moltes de nosaltres sols havíem escoltat de la veu de

Lorena Berdún al programa de ràdio *En tu casa o en la mía* emés durant aquells anys en *Los 40 principales*, elements com el plaer femení, la masturbació femenina o el protagonisme del clítoris en els nostres cossos. A banda d'aquests elements, recorde un paper molt protagonista en aquestes xerrades de la prevenció sexual. Prevenció cap a les malalties de transmissió sexual, però en especial cap a la possibilitat d'un embaràs no desitjat, una prevenció que ens situava a aquelles assistents que 15 anys abans havíem estat diagnosticades com a "dones" i, per tant, "necessàriament" reproductores en un lloc essencial, mai millor dit. La maternitat es tractava ací, recordant el que véiem al punt 1.3.2.4., com una opció personal, però protagonista en unes xerrades que s'anunciaven com a formació en educació sexual per als joves de hui en dia. Aquestes xerrades es repetirien amb assiduitat els anys posteriors en la nostra educació secundària i batxillerat i arribarien a constituir-se, a poc a poc, en un element comú del currículum no oficial de l'educació espanyola durant aquesta època. Altre espai dins de l'educació on la sexualitat ha arribat per a quedar-se és la universitat: algunes carreres com Sociologia ja inclouen en determinades universitats, en els seus programes, assignatures com "Sociologia de la sexualitat" o "Sexualitat i gènere", coincidint amb un procés d'implantació transversal de les assignatures amb perspectiva de gènere en moltes branques.

L'any 2013 vaig presentar el meu treball fi de Màster, dins del Màster de Gènere i Polítiques d'Igualtat de la Universitat de València, sobre la construcció social de les relacions afectivosexuals femenines actuals. Revisant, repensant i reinterpretant aquell treball des de la temàtica d'aquesta tesi i des dels meus posicionaments actuals, me n'adone que el que vaig fer aleshores va ser una espècie d'esborrany de la feminitat normativa actual. En aquesta feminitat l'alliberament sexual ocupa un lloc privilegiat, un alliberament sexual femení legitimat per i des dels discursos mediàtics i la cultura del consum en procés continu d'institucionalització. Aquest procés institucional, com ja hem vist, estarà liderat per la biomedicina i les ciències afins a ella, com la psicologia, entorn en el qual apareixerà i es popularitzarà a partir de principis del segle XXI la sexologia com a disciplina determinant en la normalització i normativització de la nostra sexualitat femenina alliberada actual.

En aquest treball vaig dedicar una especial atenció al paper dels discursos mediàtics en la construcció de les subjectivitats femenines actuals. A partir d'ahí, vaig analitzar alguns extractes d'articles escrits en una de les revistes femenines, això és, dedicades al públic

femení, més populars i més llegides a l'Estat espanyol: la revista *Cosmopolitan*. En l'exploració d'aquests articles va ser fàcil descobrir la temàtica de l'alliberament sexual femení com el nucli discursiu principal al voltant del qual s'estableix com són i com han de ser les "dones" de hui en dia, un alliberament sexual íntimament lligat al concepte de salut a través dels consells i recomanacions mèdiques.

Em preguntava l'any 2013, i em seguisc preguntant ara d'una manera més localitzada sobre la base del posicionament que sustenta aquest treball: quin tipus d'alliberament sexual s'està institucionalitzant? (Jover Leal, 2019). Quines relacions de gènere s'amaguen darrere d'aquest alliberament institucionalitzat i legitimat per la medicina?

Actualitzant el discurs d'aquesta revista, trobem un article de l'any 2018 que diu:

Los "hombres" aseguran que algo que les encanta de una buena amante es que haga ruido. (...) Cuando le preguntamos a varios "hombres" cuál es la cosa más sexy que una "mujer" puede hacer, la mayoría respondió: tomar las riendas y hacer algo sorprendente y espontáneo. Desde despertarlos con un *blowjob* o esperarlos en la cama con lencería sexy, pueden ser buenas ideas que harán que te desee más ("11 tips para volverlo loco en la cama", 2018. Cometas nostras).

Aquest article insta les lectores femenines a adoptar en el sexe un rol dominador, actiu i dirigent, suposant, clar està, que fins ara eixe rol ha estat majoritàriament exercit pels seus *partenaires* masculins. L'objectiu últim d'aquest consell és proposar, visibilitzar, normalitzar i normativitzar pràctiques sexuals femenines allunyades del rol passiu i submís, pràctiques més concordes amb una sexualitat femenina alliberada. Però, per a què? Per a augmentar el plaer sexual de les seues lectores? Per a empoderar-les també des de la part més íntima i personal? No. L'objectiu d'aquesta indicació apareix clarament plasmat en l'última part de l'extracte: "harán que te desee más". El que les lectores aconseguiran seguint el suggeriment d'aquest article, això és, alliberant-se sexualment, és excitar i provocar desig a la seua parella sexual, usualment, i també ací, representada en masculí.

A més de saludable i depenent, l'alliberament sexual femení té un tercer adjectiu que el defineix, i aquest és el de consumible. Un munt d'articles ens insten a consumir joguines

eròtiques, llenceria o moda sexy traçant el sorgiment d'una nova figura construïda per a vendre a les "dones": la "dona" jove, atractiva i heterosexual que juga deliberadament amb el seu poder i sempre està preparada per al sexe (Gill, 2003). Així, la cultura del consum ha estat l'encarregada de fer l'alliberament sexual femení materialitzable i accessible, ha estat capaç d'homogeneïtzar-lo i universalitzar-lo posant-lo a l'abast de quasi qualsevol feminitat, sempre que entrara, clar està, dins de la DBCMAHR¹³.

Des de les joguines i els articles eròtics, fins a la nostra imatge, la presència masculina ens persegueix. Aquest consum ens dona la possibilitat d'estar sexys, de trobar-nos sexys i disfrutar del nostre cos, de veure'ns atractives, però al darrere d'aquest "veure'ns atractives" pareix estar la presència masculina, la "mirada masculina" (Mulvey, 1975) que jutjarà el nostre atractiu.

Queda clar que el capitalisme, en la seua vessant del mercat de consum, ha absorbit la ideologia i la reivindicació de l'alliberament sexual femení. Si uns apartats més amunt exposàvem que quan les "dones" van començar a entrar massivament en el mercat laboral es van tornar un públic de consum profitós, i es va propiciar la seua entrada al mercat de consum a través del seu rol tradicional domèstic, ara podem deduir que, amb la popularització de les proclames feministes sobre l'alliberament sexual, amb la seua progressiva generalització i juntament amb la seua institucionalització es produeix una absorció per part del mercat de consum també d'aquesta nova esfera femenina, procés que vivim en l'Estat espanyol principalment des del començament del segle XXI, arredonint i completant així el rol femení consumidor, això és, creant a la consumidora perfecta.

Però el model de "dona" alliberada hegemònic en la nostra societat ara no es troba sol ni és l'únic vigent en l'actualitat. Aquest model conviu, encara que potser de manera mediàticament menys visible, més subtil i reformulada, amb un model de feminitat que jo en la meua tesina vaig relacionar amb l'amor romàntic i el seu mite i que hui entenc com a

¹³ "Dona" blanca, classe mitjana o mitjana alta, heterosexual i reproductora. Incloem el "reproductor" i "heterosexual" perquè com veurem molts dels articles van destinats a "dones" per a ser utilitzats en parella, entenent sempre en aquestes revistes la parella com a masculina. En definitiva, "dones" més joves que majors, amb independència econòmica i cert poder adquisitiu com per a poder consumir uns tipus de béns, alguns dels quals no són massa barats, i amb un nivell cultural i educatiu suficientment alt com per a garantir la independència femenina i l'autonomia que promouen. Amb aquesta "selecció" el sistema capitalista s'assegura un públic amb capacitat i voluntat de consumir d'acord amb uns ideals amb els quals resulta fàcil que s'identifiquen i dels quals participen.

continuació del model tradicional domèstic adaptat als nous temps¹⁴. L'amor romàntic es caracteritza per la dedicació, l'esforç, l'atenció, el compromís, un amor que la sociòloga Eva Illouz (2007) identifica amb el "treball". Així, el model que jo vaig entendre fa uns anys com a model romàntic m'evoca i m'invoca al model domèstic i cuidador que hem vist present, en major o menor mesura, en les normativitats femenines des del segle XIX, un model que torna modernitzat, adaptat a una actualitat femenina legítimament més pública i autònoma, en forma de la mare que no renuncia al seu dret a la maternitat i és capaç de compatibilitzar la cura i criança dels fills i les filles amb una vida persona, laboral i social plena¹⁵, en forma de la "dona" experta i satisfeta amb la decoració, el manteniment i la gestió de la casa, en forma de l'esposa atenta amb el marit que s'ocupa d'avivar contínuament la relació amb la parella, que es preocupa quan ell està malalt, que treballa per aconseguir l'harmonia i la felicitat familiar. Un model en què, com és fàcil endevinar, la dependència emocional està també present, no sent així exclusiva del model alliberat. I és que, com exhortava un article de 2016 que deposita en les feminitats lectores la responsabilitat i habilitat en la lluita contra la rutina en parella: "atiéndele y diviértele (...) concédele un deseo (...) salid a pasear (...) escríbele por sorpresa (...) salid a cenar" ("30 ideas contra la rutina en pareja", 2016). Això és, atén-lo, cuida'l, diverteix-lo, treballa perquè t'estime perquè, com assegura altre article dirigit a les feminitats, "queremos sentirnos amadas" (Calderón, 2015), com si aquesta fora una necessitat únicament femenina. Açò lliga amb la tesi d'Anna Jonásdóttir (1993) que afirma que les "dones" estem històricament construïdes com les "ames" de la capacitat i necessitat d'estimar.

En definitiva, podem dibuixar la convivència actual de dos models hegemònics i normatius de feminitat, el model de "dona alliberada també en el terreny sexual" i el model tradicional cuidador adaptat als nous temps i als nous espais, sent el primer possiblement el més visible i manifest d'acord amb uns temps de legítima igualtat i llibertat femenines. Una convivència o, com diria Casado Aparicio (2002), una "componenda" entre dos models normatius que ens demanen ser "dones" alliberades en tots els terrenys, modernes, independents i autòmones en equilibri i sense oblidar el nostre paper tradicional com a gestores materials i afectives de

¹⁴ Connell afirmava l'any 2002 que l'amor romàntic és un dels principis de formació de les llars (Venegas, 2009).

¹⁵ Una "mare" present d'alguna manera en la majoria de *blogs* femenins actuals, fins i tot en aquells dedicats aparentment sols a les sexualitats.

la vida familiar i domèstica, una gestió que passa per la ja nostra històrica capacitat, necessitat i voluntat de ser estimades i d'estimar.

1.3.2.5.1. Aportacions a la relació diagnòstic agorafòbia - diagnòstic “dona”

Segons afirma Carosio (2008), les “dones” d'entre 24 i 54 anys són al segle XXI en les societats occidentals les que realitzen el 80% de les decisions de compra que es prenen en el nucli familiar. La majoria d'aquestes compres són el que anomena l'autora com a “compres de mestressa de casa”, és a dir, compres de productes amb l'objectiu de mantenir el bon funcionament de la llar. En segon lloc estan les compres de “dona-mare”, que s'encarrega de la família i de comprar el millor per als seus: alimentació, vestimenta, etc. En tercer lloc trobem les compres de “dona-esposa”, compres dedicades al marit i a les seues necessitats. En un últim lloc apareixen les compres de “dona-compradora per a si mateixa”, això és, productes de bellesa o vestimenta per a ella mateixa, eixa llenceria sexy, per exemple, de la qual ens parlen les revistes femenines. La “dona” es converteix així en el millor públic de consum de l'actualitat, una posició que es consolida progressivament i precisament a causa del seu caràcter pluriconsumidor.

Aquestes dades, i tot el que hem exposat fins ara en la segona part de cada feminitat normativa, ens susciten la següent pregunta: el diagnòstic d'agorafòbia va poder jugar des del seu sorgiment un paper a actiu en favor de la divisió sexual de la feina, produint i reproduint unes relacions genèriques patriarcals en eixa dimensió?

Com ja hem suggerit durant aquest treball, considerem que Reuter (2001, 2006) es queda curta analitzant sols aquesta dimensió de la feminitat i de les relacions de gènere, la de la reproducció, la domèstica/compradora, la de la divisió sexual de la feina en relació amb el diagnòstic d'agorafòbia. Durant aquest apartat aprofundirem en una altra dimensió de la feminitat normativa i, per tant, del mode en què s'estructuren normativament les relacions entre els gèneres, una dimensió que no es manifesta sols en la feminitat normativa actual, sinó que ha estat present d'alguna manera en tots els models que hem vist fins ara, tot i que sí que és possible que siga més visible en l'actualitat. Una dimensió que Reuter invisibilitza i que ens dona molta més informació i profunditat respecte al paper del diagnòstic agorafòbic com a diagnòstic genèric, així com sobre els tripijocs als quals s'enfronten les “dones”

diagnosticades hui en dia i les resistències que estableixen a aquestos. Parlem de la dimensió emocional de la feminitat normativa, el que anomenarem ací seguint a Connell (1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018) com a *Cathexis*. Així, igual que les feminitats normatives analitzades han transmés un model de producció/reproducció per a les feminitats, també han transmés uns models sobre com ens hem de comportar i sentir des del punt de vista emocional.

Al llarg del present marc teòric hem situat el nostre posicionament de gènere al costat de Connell i la seua teoria del gènere com a estructura de relacions. Aquesta teoria ens permet interrogar-nos sobre les relacions genèriques en tres àmbits que ja esmentàvem, l'àmbit micro, el meso i el macro, i veure el paper que els subjectes, les institucions i l'Estat tenen en la producció i manteniment d'eixes relacions genèriques. Però de què ens parlen exactament les relacions de gènere en la teoria *connelliana*? En què es tradueix tangencialment la desigualtat (o igualtat) entre les feminitats i les masculinitats quan parlem de relacions de gènere desiguals (o iguals)? Doncs bé, aquesta autora proposa una matriu de dimensions precisament per a analitzar i interpel·lar les relacions de gènere en cada societat i cada moment. En els seus treballs *Gender and Power* (1987) i *Masculinities* (1995), Connell proposa un primer esquema axial amb tres dimensions: divisió sexual de la feina, divisió sexual del poder i estructura de la *Cathexis*, un esquema que modificarà anys després en *Gender. Short introductions* (2009) afegint una quarta dimensió referent a la part simbòlica, i canviant la denominació “divisió sexual de la feina” per “producció, consum i acumulació de gènere” (Grau-Muñoz, 2012).

La dimensió *Power relations* fa referència a la subordinació general de les “dones” i el domini dels “homes” en les societats patriarcals, patriarcat que Connell identifica en societats contemporànies com la nostra. Així, l'estructura general que definiria aquestes societats seria la fonamentada en unes relacions de poder desigualitàries en les que aquest poder estaria ostentat per les masculinitats mentre que les feminitats estarien relegades a la supeditació (Connell i Pearse, 2018).

La dimensió *Production relations* ens parla de la divisió del treball per gènere, una divisió reproducció-feminitats vs producció-masculinitats que comença en l'àmbit familiar i que comporta en la pràctica importants conseqüències econòmiques com ara l'acumulació

masculina dels productes del treball social o la desigualtat en les taxes salarials. Per a aquesta autora l'economia capitalista treballa a través d'aquesta divisió del treball per gènere, llavors, el procés capitalista esdevé un procés d'acumulació de gènere. A més, aquesta divisió es converteix en una part crucial de la construcció social de la masculinitat i, per tant, de la feminitat (Connell i Pearse, 2018).

La *Cathexis* esdevé una dimensió que Connell defineix com “la construcció de las relaciones sociales con objetos del mundo real connotadas emocionalmente” (Connell, 1987, p. 112). En un sentit general, Connell es refereix a aquesta estructura com aquella que correspon a l'organització dels sentiments, el desig, el cos i la sexualitat (Del Valle, 2001). Açò inclou aspectes com el disseny i elecció de l'objecte, el desig i la desitjabilitat, la producció de l'heterosexualitat i l'homosexualitat i la relació entre ambdues, els antagonismes socialment i genèricament estructurats al voltant de la confiança i desconfiança, la gelosia i la solidaritat en el matrimoni i en un altre tipus de relacions afectivosexuals o les relacions emocionals involucrades en la criança dels fills i les filles (Radtke i Stam, 1994). Dins d'aquesta dimensió, com veiem, el desig sexual ocupa un lloc important per a l'autora, un desig sexual entés en sentit freudià com a energia emocional que se li atribueix a un objecte i que, comptant amb un caràcter de gènere clar, en Occident estaria regulat pels principis socioculturals de l'heterosexualitat i la monogàmia que secundarien la posició de dominació social dels “homes”. D'acord amb això, per tant, les pràctiques que donen forma i realitzen el desig serien un aspecte important de l'ordre de gènere.

La quarta i última dimensió, *Simbolisme, cultura, discurs*, fa referència al conjunt de significats i representacions culturals que, en una societat determinada, s'associen a la part femenina en relació amb la part masculina (Grau-Muñoz, 2012).

Revisant el punt que ens ocupa, la feminitat normativa de hui, no esdevé difícil identificar la dimensió de la *Cathexis* en la feminitat normativa alliberada sexualment i en les relacions de gènere que aquesta estableix. Hem vist la normativització d'una feminitat sustentada en una sexualitat alliberada orientada molt majoritàriament a les relacions en parella i heterosexuales, on la “dona” ocupa el lloc de satisfer, atraure, agradar, seduir, el que implica que en la relació afectivosexual masculí/femení hegemònica la part femenina és l'encarregada de donar mentre a la part masculina li queda el privilegi de rebre. Es conforma així una feminitat

normativa en estreta relació amb la dependència emocional i sexual masculina, construïda per a sentir-se atreta i lligada cap a determinades masculinitats a les quals “donar”. Una vegada arribades fins ací, podem intuir que el diagnòstic d’agorafòbia li fa el joc a aquesta feminitat alliberada “obligant-nos” o impulsant-nos a eixir de casa, a comprar (llenceria sexy, per exemple), a relacionar-nos, a eixir de festa, etc? Personalment tinc la meua pròpia experiència sobre això plasmada en una frase que, arran de la meua preocupació per la disminució del meu desig sexual com a conseqüència de la medicació farmacològica per a l’agorafòbia, em va dir un dels psiquiatres que m’ha tractat durant aquests anys. La frase exacta va ser: “no te preocupes, cuando dejes la medicación volverás a tener la vida sexual normal de una chica de tu edad”. Ara i ací repense, quina és la vida sexual normal d’una xica, una “dona”, de la meua edat, jove, hui en dia? Una vida sexual activa consistent en eixir, conèixer gent, conèixer “homes”, seduir-los, agradar-los, relacionar-te sexualment amb ells, satisfer-los... per a acabar necessàriament (encara que aquell metge potser mai reconeixeria açò) tenint una parella estable, potser un marit, al qual seguir agradant i satisfent, i uns fills a qui estimar i amb els quals sentir-te estimada?

Però la *Cathexis* no sols apareix o es manifesta en la feminitat alliberada, ja als segles XVIII i XIX estava present i ho ha estat al llarg de tot el nostre recorregut. La véiem en aquella frase d’un moralista il·lustrat: “el destino de la “mujer” es agradar al “hombre” (...)” (Misc. nº 1, t. I:10-11 citat en Bolufer, 1998, p. 265. Cometes nostres). La véiem també amb la constitució de “l’agradar” com a vector fonamental de l’educació franquista, un agradar la funció principal del qual era per a les feminitats aconseguir marit. I l’hem vista, a més, en la feminitat normativa dels anys 70, 80 i 90 del segle XX a partir de la recuperació resignificada de la marca sexual invisibilitzada de la qual parla Casado Aparicio (2002), una marca sostinguda tant sobre la maternitat irrenunciable com sobre un tipus de bellesa vinculat amb l’eternitat femenina, expressió d’un jo interior, autònom, independent, capaç i amb estil pròpi l’objectiu del qual segueix estant construït necessàriament i normativament per als altres, això és, agradar, seduir, “donar” a les masculinitats no com una opció subjectiva, interpretable i reinterpretable, sinó com una normalitat reglada ineludible per a constituir-se en subjecte femení.

Amb tot el que hem exposat, sumem a la pregunta que plantejàvem abans: el diagnòstic d’agorafòbia podria produir i reproduir unes relacions de gènere desiguals també en l’àmbit

de la *Cathexis*, a través de l'assimilació de la salut o normalitat mental femenina amb el model hegemònic de la “dona alliberada sexualment” i, a més, encara que de manera potser menys visible, amb el model en convivència amb aquest de la “dona domèstica i familiar resignificada en l'àmbit públic”? Suggerim que és possible, almenys conjecturable, que al segle XIX aquest mateix diagnòstic recentment sorgit complira la mateixa comesa. Si la feminitat normal i normativa de llavors estava construïda al voltant de la reclusió en la llar, si la “dona” que agradava als “homes” era la dèbil i domèstica, no diagnosticar les “dones” d'agorafòbia durant aquella època tal com es feia (recordem que en aquells anys el diagnòstic d'agorafòbia era quasi exclusivament masculí), suposava una producció i reproducció per part de la medicina d'aquesta feminitat normativa domèstica i de les relacions de gènere en què es sustentava i que propiciava, en la mesura que diagnosticar-les haguera implicat reconèixer-les com a malaltes per estar dins de casa i impulsar-les a eixir. Silenciant l'agorafòbia femenina durant aquells anys es procurava que les “dones” seguien recloses, no comptant amb cap recomanació mèdica per a eixir de casa, quelcom que esdevenia molt funcional a les masculinitats des del punt de vista no sols de divisió de la feina sinó també en la part emocional, ja que era eixe el tipus de feminitat que es pretenia tenir a prop. Ara agrada i satisfà a les masculinitats una “dona” que ix, té vida social i té experiències (sense oblidar, ja sabem, les seues comeses familiars), mentre que abans agradava la que es quedava a casa, la dèbil i exclusivament domèstica, i la medicina amb el diagnòstic d'agorafòbia podria haver treballat històricament a favor d'obra: abans no “obligant-les” a eixir i ara instant-nos a fer-ho. Aleshores em plantege una altra qüestió sobre açò: la normalitat (i normativitat) femenina ha sigut sempre *Cathexis*?

1.3.2.5.2. Alliberament vs sotmetiment. El paper de l'agència i les possibilitats de resistència

Atenent la novetat que introdueix en aquesta anàlisi sobre les feminitats normatives el model actual de “dona alliberada sexualment”, se'ns fa necessari advertir respecte als perills de caure a pensar que tot allò que té a veure hui en dia amb els cossos, la imatge, les sexualitats o l'empoderament femení a partir d'aquests està buit de crítica feminista i és necessàriament patriarcal i capitalista. Arribades a aquest punt sabem, ho hem estat veient, que la feminitat normativa de hui en dia és en gran part androcèntrica en l'àmbit de la *Cathexis*, un àmbit en què ocupen un lloc contundent les sexualitats i els cossos. Davant aquesta afirmació tenim

dues opcions. La primera, la sostinguda per determinats sectors feministes coneguts comunament en la teoria feminista com a “feministes antipornografia o antiprostitució” per haver dedicat gran part de la seua feina en la conceptualització de la sexualitat femenina a aquestes dues qüestions, manté que la sexualitat femenina actualment està definida pel desig masculí i, per tant, en la pràctica és necessàriament masculista, opressiva i subjugadora per a les “dones”. La segona, l’opció per la qual ens decanem ací, consisteix a assumir que dins d’una sexualitat femenina normativa amb elements androcèntrics de *Cathexis*, dins de la dinàmica de funcionament d’aquests discursos normatius i a partir d’aquesta, existeix la interpretació i actuació subjectiva (per això esdevé tan important la distinció que hem volgut ressaltar al llarg d’aquest capítol entre model i realitat) i en ella tenim possibilitats d’agència, resistència i canvi. Aquesta segona opció és la que secunda Esteban (2004a) al subratllar que analitzar la sexualitat femenina sols de manera negativa pot esdevenir reduccionista i parcial des del punt de vista analític, a més de lapidatori i injust per a nosaltres. És evident, com déiem, que les coses “van com van”, no les obviem, al contrari, les critiquem i problematitzem, però sense oblidar els nostres espais d’acció i oportunitat en eixa, la nostra, realitat. Per açò i per a açò, el treball d’Esteban, construït a partir de la concepció del gènere com a pràctica reflexivocorporal de Connell i del gènere com a agència de Butler, esdevindrà per a nosaltres clau en aquesta investigació, sempre tenint present que la contextualització social esdevé imprescindible i el marc sobre i amb el qual actuem (Gill, 2007).

Esteban va publicar l’any 2004 un treball antropològic en el qual incloïa la investigació sobre la pràctica del modelatge i el món de la imatge. En ell afirmava que, com a investigadores i investigadors, no podem ni hem d’interpretar el cultiu i la utilització de la imatge corporal en el món de la moda, pressuposem que tampoc en general, com una mera submissió dels distintis protagonistes a les normes dominants. Estem “obligades”, en canvi, a realitzar processos complexos de negociació i renegociació dels criteris que s’han de seguir, en els quals participen tots els actors socials implicats, en tant que sols així podrem mantenir una actitud crítica tant amb la utilització de la imatge en la nostra societat i la conceptualització de la bellesa ideal, com amb la societat capitalista i de consum, alhora que podrem contemplar altres elements que estan emergint en relació amb el món de la imatge que possibiliten el sorgiment d’altres vies d’anàlisi.

En el seu treball l'autora defineix una de les models que entrevista, una "dona" el treball de la qual esdevindria l'exemple màxim en les nostres societats de la cossificació, hipervisibilització i hipersexualització corporal, com

un yo activo, en marcha, un yo autónomo, que camina, que busca, que resiste también, que discute con el resto de las chicas de su edad, con los clientes, con los diseñadores; que se conforma y no se conforma con lo que le ofrecen, con un orden social determinado, con el que también se muestra abiertamente crítica (Esteban, 2004a, p. 142).

Aquesta descripció, *a priori*, no encaixa o poc i res té a veure amb la imatge de "dona sotmesa" que ens podria evocar l'arquetip "model". L'autora va trobar en aquesta anàlisi unes dinàmiques d'interacció, de posada en marxa de la feina, de "promoció social" tal com ella ho anomena que, tot i estar inscrites al si d'unes determinades relacions de poder androcèntriques, presenten importants i significatives condicions, condicions sustentades en la vivència pròpia de les seues subjectivitats femenines "models" com a pràctiques reflexives, corporals i agencials, per a creure en la possibilitat de construcció i transmissió per part d'aquestes "dones" de models femenins alternatius. Per tant, sols des d'un estudi del gènere i de les sexualitats material, corporal, interactiu i reflexiu alhora es pot captar la singularitat i substancialitat de l'agència com a mecanisme, intrínsec a les relacions de poder en què ens constituïm, mitjançant el qual els subjectes podem obrir vies alternatives als models socialment implantats (Esteban, 2004a).

Com afirma Esteban, sembla haver-hi un acord en la literatura feminista al voltant del fet que la hipervisibilització actual del cos femení en Occident és negativa per a les "dones". Prenent repensar aquesta qüestió proposa la possibilitat que aquesta, a la qual ella anomena hipertròfia del cos, no siga interpretada necessàriament en clau negativa. Així, donant-li la volta, suggereix que la hipervisibilització del cos, d'igual manera que la transcendència del desig i la seducció, encara que experimentada pels subjectes en ocasions amb contradicció i conflicte, està esdevenint actualment una condició per al canvi en moltes "dones". Sent "l'empoderament" social un "empoderament" corporal, no hi haurà aleshores per a aquesta autora "empoderament" de gènere que no porte implícita eixa hiperobjectivació, prenga la forma que prenga. Però la hipervisibilització, hiperobjectivització,

hipersexualitació o hipertròfia no té per què ser còmplice mecànicament ni linealment ni de les trampes patriarcals ni de les capitalistes. Si, com hem vist en aquest apartat amb la institucionalització del model femení alliberat sexualment, i com sosté també Esteban, les “dones” ens estem constituint en subjectes de plens drets a partir dels nostres cossos i les nostres sexualitats, l'emancipació implica hui per hui necessàriament per a les “dones” un procés de reafirmació corporal. Estem, llavors, condemnades a intensificar la nostra consciència corporal, i ho podem i ho estem fent des de la introspecció i l'autoconeixement (Esteban, 2004a).

Hem parlat molt en aquest apartat de “l'agradar” i de la seducció. En la mateixa línia del que s'ha exposat anteriorment, la seducció femenina en les nostres societats es veu com una part important de la subordinació de les “dones” (Esteban, 2004a). No pretenem ací negar que existisca subordinació femenina, ni que una part d'aquesta subordinació s'articule al voltant d'aquest “agradar” o seduir tal com hem vist a partir de l'anàlisi de la *Cathexis*. El que pretenem és no quedar-nos ni tancar-nos ahí, sinó complexificar aquesta lectura a partir de la consideració de tots els elements i dimensions que funcionen al voltant de la seducció femenina hui en dia des de la diversitat de les pràctiques, experiències i significacions subjectives. El poder eròtic té dimensions que van més enllà del mer intercanvi sexual, dimensions que el constitueixen, per exemple, en una forma d'alegria, de goig, de lent escrutini i avaluació pròpia, de coneixement d'una mateixa com a capaç de sentir, de connectar físicament, psíquicament, emocionalment i intel·lectualment amb les/els altres (Esteban, 2004a) i amb una mateixa. Així, Esteban defensa que és possible una seducció que “no esté bajo sospecha” en la mesura que no pugui ser presa com a “arma de mujer” i que, per tant, es poden fer lectures distintes i alternatives de l'erotisme i la seducció que no impliquen sempre una perpetuació de la subordinació social de les “dones”.

Com hem dit ja, sospitem en aquest treball que la seducció femenina actualment està construïda i orientada socialment i normativament per a la dominació masculina, com a dependència (seduir per a agradar i satisfer els “homes”), tal com hem vist als articles de *Cosmopolitan*. Sospitem que “los objetivos principales del aprendizaje corporal de las “mujeres” son la reproducción y la seducción” (Esteban, 2004a, p. 73. Cometes nostres). Però això no és un problema de les pràctiques eròtiques, seductores o sexuals que puguin portar a terme les més diverses feminitats, sinó de com aquestes estan interpretades i

construïdes normativament. Pérez Orozco (2014), al seu llibre *Subversión feminista de la economía*, resignifica el treball tradicional de les cures construint-lo d'una manera alternativa a la subordinació femenina: no com a subjugació sinó com un mode necessari de sostenibilitat de la vida, majoritàriament desenvolupat per les “dones” i, per tant, necessitat de modificació, responsabilitat i compromís institucional i subjectiu per part del conjunt de la societat independentment del diagnòstic sexe, però també imprescindible per a sostenir les condicions de possibilitat, no sols materials sinó relacionals i afectives, d'una vida que meresca la pena ser viscuda. Ens plantejem que igual que amb la sostenibilitat de la vida, la seducció, l'erotisme, l'agradar o les sexualitats femenines es poden resignificar, i de fet es resignifiquen, no com a pràctiques o dimensions opressives, inherentment masclistes, forçadament alienes, sinó com a experiències de goig reflexivocorporals pròpies susceptibles de ser contestatàries, resistents, alternatives i transformadores de les estructures socials.

Així, doncs, creiem en la presència en el nostre dia a dia, en les nostres quotidianitats, en la gent que ens envolta, en la que ens creuem al pas de zebra, en la que veiem per la finestra del cotxe, d'altres formes contingents, conjunturals, o potser més permanents i conscients, independentment de la intencionalitat, de seduir, exhibir i utilitzar els cossos i altres formes de sostenir la vida més enllà de la que ens exigeixen els models. Creiem i apostem, per tant, per l'existència de pràctiques corporals de gènere alternatives dins de la nostra estructura social capitalista i androcèntrica, unes pràctiques corporals que aplicades al diagnòstic d'agorafòbia configuren part del nucli d'anàlisi principal de la nostra investigació i del nostre treball empíric i que ací anomenem, tal com explicarem al següent apartat, resistències feministes.

1.3.3. Resistències feministes

Durant tot aquest capítol hem estat parlant de la feminitat normativa com un model ideal de “ser” femení construït i transmés en un context i temps concret, l'actuació i representació subjectiva del qual defineix i decideix quins subjectes entren dins de la normalitat i quins esdevenen abjectes. En termes macro/meso, els organismes estatals i institucionals produeixen i reproduïxen aquest model, produint i reproduint amb aquest unes determinades relacions de gènere que esdevindran un dels pilars fonamentals al voltant del

qual s'estructurarà la societat en qüestió. Així, però, que a escala macro les societats s'estructuren d'acord amb unes relacions concretes de gènere travessades i conformades per les relacions de poder, no significa que els subjectes en l'actuació i performativització d'aquestes normes esdevinguem ni socialment ni políticament determinats per aquestes. En aquest punt, Butler (2001) ens proposa el terme de *agency* com la capacitat d'acció subjectiva, i també col·lectiva, per a resistir i transformar les normes que ens han produït.

Per entendre millor açò ens és imprescindible rescatar el concepte de performativitat de gènere. En el procés performatiu, els subjectes assumim, interioritzem, interpretem, repetim i actuem les normes que ens van conformant com a subjectes llegibles. Però aquesta repetició de les normes de gènere, com que és un procés constitutivament obert a la diferència en la mesura que no té una naturalesa essencial sinó que és producte de relacions socials, implica que aquestes no necessàriament es repetisquen i reproduïsquen igual, obrint-se ací, en aquest repetir com a realització i, per tant, com a acció, esclatxes susceptibles de desplaçar el referent normatiu que s'estava "performant". És ací, en la reiteració, on el poder pot tornar-se contra si mateix propiciant les condicions en què és possible pensar en la resistència¹⁶ (Butler, 2001). Així, el subjecte que emergeix necessàriament en el normatiu, construït per un poder que ho inunda tot en sentit foucaultia, al seu torn té agència en tant que capacitat d'acció per a resistir o subvertir les normes que el constitueixen.

És important comprendre que aquest concepte de resistència ens parla d'aquesta des d'una dimensió quotidiana, realitzable i corrent, en el sentit que resulta més comuna que no pas extraordinària, èpica o heroica. Açò significa que no cal necessàriament contemplar cap "Juana de Arco" per a reconèixer resistències cap a les normes genèriques. Pensant al respecte de tot açò vaig recordar una història que em contava la meua àvia quan jo era xicoteta. Corrien els anys 50 del segle XX i vivia en un poble de la serra alacantina de no més de quatre mil habitants. Tenia poc més de 40 anys, cinc fills xicotets, una casa de la qual fer-se'n càrrec, una tia a qui cuidava i un marit que treballava tot el dia fora de casa. Era una "dona" molt catòlica i conservadora en un sentit ideològic i polític. Li agradava cosir, ho havia fet des de xicoteta i ho seguia fent en el seu temps lliure. Les coses en casa no estaven fàcils econòmicament, eren temps dificultosos, i més en un poble pseudourbà que no acabava de

¹⁶ Parlem d'un subjecte no determinat biològicament ni socialment, però tampoc voluntarista. El subjecte es constitueix en l'acció, per tant no hi ha ni voluntat ni subjecte previ a aquesta acció.

recuperar-se del tot de la postguerra. Un dia qualsevol, després de pensar-s'ho durant molts altres dies i nits i mentre el meu avi estava de viatge de treball, va aconseguir deixar els seus fills amb una veïna i convèncer un altre que viatjava usualment a València perquè la portara fins allí. En València tenia un amic de la família que era modista. Va estar allí poc més de dos o tres dies aprenent a cosir més professionalment. A la tornada al poble, i en qüestió d'altres dos o tres dies, va buidar una de les habitacions de la vivenda, va comprar el material que necessitava i va muntar una xicoteta tenda de roba en casa. D'eixa tenda de roba va viure la família els següents 20 anys fins que la meua àvia li la va passar a la meua tia. No cal dir que quan el meu avi va tornar del seu viatge de negocis i es va trobar aquell "percal", així ho definia la meua àvia, es va enfadar moltíssim: ella havia de dedicar-se a la casa i els fills, portar els diners a casa no era cosa seua.

Aquesta anècdota de la meua àvia que he sentit moltíssimes vegades, que tant li agradava contar, és un exemple de resistència cap a les normes de gènere d'aquell context i aquells temps. En ple franquisme, amb un model hegemònic de feminitat domèstica i reclosa, ella va reinterpretar i resignificar la seua domesticitat, eixa que la constituïa com a "dona". Va "utilitzar", no sé fins a quin punt intencionalment, el seu rol domèstic, un rol del qual mai la vaig sentir queixar-se, per a fer el que desitjava, allò amb el qual se sentia bé i que no entrava, llavors, dins de les normes permeses per a ella. Repetint la seua domesticitat, eixa que no va abandonar en la mesura que el que feia era cosir i ho feia en casa, repetint-la de manera diferent, performativitzant-la, va obrir bretxes i va establir resistències al model normatiu que la constituïa i definia. Com la meua iaia hi va haver moltes altres, igual que moltes altres hi ha ara. D'elles, de les d'ara, d'aquelles que estableixen resistències al diagnòstic "agora-dona" parla aquesta investigació.

En l'àmbit col·lectiu, prenem com a referents de resistència mèdica i/o genèrica a l'Estat espanyol moviments com el LGTBIQ, els/les grossos/es o els moviments activistes de diversitat funcional. Agafem d'aquests moviments la significació del cos com a entitat oprimida però sobretot agencial, la importància de l'accionament col·lectiu, el valor de l'experiència més enllà de la significació mèdica i normativa d'aquesta experiència, així com el recurs de la reapropiació pejorativa de l'humor com a forma de consciència. En aquest sentit, tal com afirma Marta Allué (2003) en el seu treball autobiogràfic sobre la diversitat

funcional, l'ús de l'humor negre en les persones amb diversitat funcional es una forma de reafirmació pública d'una identitat atribuïda que es converteix en audàcia.

Des de fa poc més de 3 anys a l'Estat espanyol comptem també amb un valuós activisme resistent en salut mental amb col·lectius com Flipa o InsPIRADAS a Madrid, Dis-cuerdos a València o Hierbabuena en Astúries, entre altres. Destaquem del treball d'aquests col·lectius la construcció de ferramentes, espais i alternatives per a afrontar el patiment psíquic des del col·lectiu, el qüestionament de l'autoritat psiquiàtrica i farmacològica, la reflexió crítica i emancipadora al marge del discurs mèdic, la lluita contra les etiquetes o l'atenció a la diversitat i a les cures com a modes d'organització política (Colectivo Flipas, 2017).

Una part imprescindible d'aquest activisme en salut mental esdevenen el suport mutu i les cures. Si al punt 1.1.3.2.1. del nostre marc teòric hem vist les possibilitats dels GAMs (Grups d'Ajuda Mútua) com a espais d'atenció, en aquest punt tractem d'assolir-los com a espais de resistència. Mitjançant la ferramenta dels GAMs, els i les activistes es reuneixen per a compartir en primera persona la vivència de les seues experiències psíquiques amb l'objectiu de construir un model alternatiu de relació entre elles i ells basat en el respecte, l'escolta, la confiança, la solidaritat i el suport mutu. Dins d'aquests GAMs la perspectiva de gènere també està present organitzat-se grups de suport únicament conformats per "dones" a partir del convenciment que el gènere travessa les experiències subjectives i diagnòstiques de les "malaltes".

Amb aquests ciments, en el nostre treball analitzarem les resistències individuals i col·lectives al diagnòstic "agora-dona" a partir de la conceptualització d'aquestes com a resistències feministes. Com hem dit i repetit, allò que significa aquest diagnòstic és el seu caràcter normatiu de gènere, quelcom que el constitueix més que com a diagnòstic mèdic, com a diagnòstic genèric. Així, les resistències d'aquelles persones, les nostres informants, que en tant que diagnosticades com a "dones" estan diagnosticades d'agorafòbia, les resistències a la seua etiqueta de "malalta", a la *medicamentització*, a la realització de les seues funcions quotidianes, a la construcció de les seues emocions, etc., seran totes resistències, intencionals o no, al que es vol i s'espera d'elles, a l'ordre de gènere que les construeix, unes resistències que, analitzades i conceptualitzades des del seu poder de canvi i transformació respecte a aquest ordre, esdevindran, aleshores, resistències feministes.



02

Metodologia

2.1. Epistemologia habitada

“Atravesé rosadas membranas. Entré como una cascada ámbar en el cuerpo de Lavinia. Vi pasar sobre mí la campanita del paladar antes de descender por un oscuro y estrecho túnel a la fragua del estómago. Ahora nado en su sangre”
(Belli, 1994, p. 50)

2.1.1. Reptant la neutralitat científica des de l'etiqueta malalta

Des de la meua posició de doctoranda (entre les moltes posicions que em visc¹⁷) plena de contradiccions, paradoxes, inseguretats, afectada i marcada per tot allò viscut i experimentat en un sentit personal, que és també polític, m'he plantejat en moltes ocasions el sentit d'aquesta tesi, fonamentalment el sentit que aquesta tindrà (o no) en el marc universitari actual. Com plantejar-se si més no intentar assolir l'objectivitat científica en una temàtica que és també, i sobretot, meua?

Per començar cal acceptar que no parle ni parlaré des d'una objectivitat científica positivista. Més cert encara és que aquest treball no genera ni generarà un coneixement imparcial susceptible de ser aplicat a qualsevol realitat similar, i tampoc ho pretén. Acceptant aquests límits, que potser per a moltes i molts esdevenen “limitacions”, aquesta investigació naix i resisteix a partir de dos qüestions interrelacionades: la necessitat d'expressar allò que porte endins, i l'esperança de recuperar (si és que alguna volta s'ha perdut del tot) allò que em va portar als 18 anys a posar un primer peu en el món universitari, això és, la universitat com a espai creatiu crític. Per tot açò, des d'aquest procés emprés no es persegueix demostrar veritats ni explicar la realitat a partir de la formulació de lleis racionals, perquè ni la “veritat” és únicament demostrable ni la “realitat” és imparcial, sinó que el que es persegueix és oferir

¹⁷ Faig un doctorat, estic definida mèdicament com a “malalta”, em posicione com a “dona”, com a feminista, el meu company diu que “soc” la seua parella i els meus pares que “soc” la seua filla...

la meua experiència amb la confiança que s'escolten altres tipus de veus que no es corresponen amb el prestigi neutre i científic, veus totalment travessades, insegures, sense solucions definitives, veus que puguen participar en l'ampliació de l'imaginari d'allò que és comú i generar coneixement des d'ahí.

Els coneixements situats esdevenen un halo d'esperança per a aquelles (investigadores o no) que no podem ni volem prescindir o dissimular d'on venim, i el pes que eixe on i com tenen en el que fem. Segons Donna Haraway (1988), tota forma de coneixement està estructurada per les particulars condicions socials i materials de la vida dels subjectes, per tant, existeix el caràcter situat del coneixement, així com la possibilitat d'identificar un privilegi epistemològic derivat de la perspectiva que del món s'obté des de certs punts de vista perifèrics, marginats o des de baix. No hi ha dubte que aquest plantejament resulta summament profitós, a més d'honrat i responsable, per a i cap als feminismes, ja que afavoreix i dignifica la integració del punt de vista de les "dones" com a subjecte epistemològic amb capacitats per a avançar cap a un nou ordre de coneixement (Harding, 1996). Però no sols per als feminismes, aquest plantejament resulta valuós i avantatjat per a tota experiència social contrahegemònica que tinga la intenció d'utilitzar la seua posició com un *locus* des del qual accedir a coneixements als quals no s'accediria des d'altres llocs. I això és el que pretenem nosaltres.

Així, doncs, des d'una posició definida "dona" i definida "agorafòbica", una posició no-hegemònica, i des de les vivències, experiències i preocupacions que m'ha generat i em genera aquesta posició, encare aquesta investigació com una forma de produir i complexificar la teoria en lloc de com una forma de representar la realitat.

A més, aquest treball és també un exercici d'agència, desvictimització i visibilització: desvictimitzar una victimització en què m'han situat però sobretot en què m'he situat jo, visibilitzar una posició que ja no vull amagar, dissimular ni difuminar perquè és des d'ahí des d'on construïsc experiències, qüestionaments i crítiques, perquè és des d'ahí des d'on construïsc aquesta investigació. Aquest treball arranca, aleshores, a partir d'una veu no-hegemònica, una veu "malalta" que qüestiona la seua malaltia, que la interroga, que la desarma.

2.1.2. Sent (estant) una d'elles

Un dels punts necessaris quan es comença la tasca de realitzar una investigació és tenir clara la relació existent entre el subjecte investigador i l'objecte a investigar. Aquest principi, aquesta relació, projectarà la direcció amb la qual es produirà tant l'accés com la recepció de la realitat susceptible de ser analitzada per al treball i convertida en coneixement.

Reptant l'objectivitat positivista de què parlem que postula com a única i vertadera manera d'assolir un coneixement científic la distància entre el subjecte i l'objecte, des d'aquest treball estimem, seguint l'epistemologia feminista dels coneixements situats, la legitimitat de produir coneixement científic d'aquelles que estem implicades en les problemàtiques estudiades. Amb la posada en pràctica d'aquesta epistemologia, ens assegurem l'exercici d'una reflexivitat en què els subjectes de coneixement som examinats en els mateixos termes que els objectes de coneixement (Harding, 1996). Així, però, com ens examinarem ací alhora com a subjecte i com a objecte de coneixement? Com farem possible aquesta transició d'anada, tornada i persistència contínua? Des d'aquest treball afrontem aquest procés des de les premisses de l'autoetnografia.

L'autoetnografia es caracteritza per enllaçar la pròpia experiència personal de l'etnògrafa/etnògraf amb les realitats que es pretenen analitzar, per difuminar la frontera entre objecte i subjecte, per reconèixer les innumbrables maneres en què l'experiència personal influeix en el procés investigador que esdevé alhora procés i producte (Ellis, Adams i Bochner, 2015). És la proposta amb què em reafirme en el que "soc", em confirme on estic, això és, al seu costat, com una més d'elles¹⁸.

2.1.2.1. El recurs de l'autobiografia encarnada

Ens detenem ara en dos qualitats de l'autoetnografia que esdevenen principals per a nosaltres. La primera d'elles és la seua combinació alhora de característiques de l'etnografia i l'autobiografia (Ellis et al., 2015). La segona és la seua configuració, a més, com a forma d'escriptura i presentació de resultats (Blanco, 2012).

¹⁸ Un poc més endavant, en el punt 2.3.2.4. d'aquest mateix capítol, veurem què significa eixe "elles", com definim a les persones els discursos de les quals analitzem.

Fent nostres en el present treball aquestes qualitats de què parlem, el relat autobiogràfic de la investigadora en relació a la seua posició com a agorafòbica i com a “dona” esdevindrà en el segon capítol de la nostra anàlisi, tal com expliquem al punt 2.4.1., no sols el principi analític a partir del que interpretarem i posarem en relació els discursos de les comunitats virtuals analitzades, sinó també l'estructura narrativa amb la que presentarem els nostres resultats. Com i des d'on he viscut la meua agorafòbia? Com ha influït açò en el meu mode de tractar aquest tema? Com d'identificada em sent amb les narracions dels grups virtuals analitzats? Aquests interrogants marquen i guien la meua posició encarnada respecte al tema que tractem i prenen la forma en el treball de relats autobiogràfics basats en el meu itinerari personal com a “malalta”.

Enfrontem aquesta manera de construir el nostre coneixement des de la proximitat seguint també a Esteban (2004b) i el que ella anomena “antropologia encarnada”. Amb “l'antropologia encarnada” o antropologia des d'una mateixa, segons l'autora, es pretén reivindicar una doble dimensió d'anàlisi: la del nivell autoetnogràfic, és a dir, la pertinència de partir d'una mateixa per a entendre les altres i viceversa, principalment quan s'han tingut experiències similars, i; l'anàlisi des del concepte d'*embodiment*, d'encarnació conflictual, interactiva i resistent dels ideals socials i culturals, un concepte que integra ben bé la tensió existent entre el cos individual, social i polític. Aquest tipus d'aproximació a l'objecte d'estudi, aquesta manera de construir coneixement defensa, a més, una visió no victimista i compromesa dels processos socials. Una visió que té en compte la seua articulació amb els contextos en què es produeixen.

Advoquem, llavors, per aquesta manera de fer i estructurar la nostra anàlisi entenent-la com un exercici privilegiat i necessari no sols per la vàlua dels resultats que ens aporta o per les portes que ens obri epistemològicament i metodològicament, sinó per la legitimació que proporciona partir del propi jo de la investigadora, de la seua pròpia història (Esteban, 2004b), això és: per l'oportunitat que ens dona de conquistar el nostre dret científic, la nostra capacitat científica, de parlar, escoltar, analitzar i construir des d'una veu “malalta”.

2.2. Model d'anàlisi

En aquest apartat posem a dialogar les nostres referències i models teòrics amb la realitat empírica que volem conèixer. Es tracta d'una part d'un capítol, com es veu en la mateixa estructura de la tesi, de transició entre el marc teòric i l'anàlisi, una transició necessària i imprescindible ja que ens proporciona els instruments per a transformar en categories observables la teoria ja exposada.

Tot açò una vegada esclarit ja des d'on parlem i des d'on construïm aquesta investigació, una vegada entés el mode en què ho fem com a forma de comprendre la manera de fer coneixement amb la qual des d'ací ens comprometem.

2.2.1. Preguntes, objectius i hipòtesis

Aquest treball se situa en la reflexió sobre el gènere com a estructura i com a acció. Al marc teòric hem parlat de la teoria de gènere de Connell (1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018) en la qual la conjugació subjectivoestructural juga un paper important i de la teoria de gènere de Butler (2001) en què es prioritza l'àmbit accional. Veurem que les tres preguntes que guien el nostre model d'anàlisi han aparegut ja al nostre marc teòric, ara serà, però, quan les desglossem per a aterrar-les a la realitat que volem observar.

La **Pregunta 1** és el principi a partir del qual abordar les dues següents preguntes: Funcionen les comunitats virtuals de persones agorafòbiques com a GAMs (Grups d'Ajuda Mútua), açò és, espais a partir dels quals les persones que en són usuàries gestionen, atenen, (re)signifiquen i (re)construeixen el seu diagnòstic d'agorafòbia?

La **Pregunta 2** deriva de la primera i comporta referències a l'àmbit estructural, tot a partir de narratives subjectives i l'evidenciació de la importància de la interrelació micro-meso/macro: Com se significa i construeix socialment, i quines implicacions té, el diagnòstic d'agorafòbia per a les persones identificades com a "dones" dins d'aquests espais en què aquestes

persones i les seues narratives són “actores” protagonistes, això és, els grups virtuals? D'aquesta pregunta deriven els següents objectius generals i específics.

OG1: Analitzar la construcció social del diagnòstic “agora-dona” (que explicarem en l'operacionalització) des de les narratives de les protagonistes dins del *locus* virtual/social dels grups virtuals.

OE1.1: Identificar si el diagnòstic “agora-dona” (arrelat en el discurs mèdic/psiquiàtric) tal com està construït en les narratives dels grups comporta, produeix i reproduceix unes relacions desiguals de gènere i com ho fa.

OE1.2: Explorar els mecanismes a partir dels quals els grups virtuals com a agent social ratifiquen i reafirmen el discurs biomèdic que els defineix.

La **Pregunta 3** parteix de l'àmbit accional: quines estratègies creatives de resistència desenvolupen els subjectes diagnosticats com a “dones” i com a “agorafòbiques”? Aquesta pregunta es tradueix en els següents objectius generals i específics.

OG2: Conèixer les resistències que desenvolupen els subjectes diagnosticats “dones” i “agorafòbiques” davant aquest doble diagnòstic mèdic/genèric.

OE2.1: Analitzar com es construeixen aquestes resistències individualment i també col·lectivament, a partir d'una etiqueta “agorafòbica” que esdevé individual però que també funciona en l'espai col·lectiu com a marca d'unió i identificació mútua.

2.2.1.1. Hipòtesis

Són quatre les hipòtesis que guiaran la nostra exploració empírica.

H1: Les comunitats virtuals de persones agorafòbiques funcionen com a GAMs a través dels quals els membres gestionen, atenen, (re)signifiquen i (re)construeixen el seu diagnòstic agorafòbic.

H2: La producció i construcció social del diagnòstic “agora-dona” dins dels grups virtuals significa, produeix i reproduïx unes relacions de gènere desiguals i androcèntriques.

H3: Els grups virtuals funcionen com a agent social que exerceix un control sobre els discursos personals que desafien la lògica mèdica/social.

H4: Els subjectes doblement diagnosticats com a “dones agorafòbiques” estableixen i construeixen resistències individuals i col·lectives mèdiques i genèriques, resistències que esdevenen en tots els casos feministes, davant el seu doble diagnòstic.

Cal especificar en aquest punt que afrontem les nostres preguntes, objectius i hipòtesis de manera interrelacionada, això és, anem de la part estructural a la part agencial entenent sempre aquest anar com un procés mai acabat i gens lineal i continu. Sostenim d’acord amb Foucault (2009b, 2014), Butler (2001) o Connell (1987) que les subjectivitats es construeixen a partir de la interiorització d’uns discursos socials, entre els quals estan els discursos mèdics, uns discursos que s’incorporen, es practiquen i s’experimenten i des d’on sorgeixen, en eixa posada en pràctica i eixa experimentació, les possibilitats d’agència i resistència, possibilitats que al seu torn influeixen en els discursos socials. Defenem, llavors, aquest procés entre la part estructural i la part agencial com un anar i tornar continu, sempre contingent, sempre fluid.

2.2.2. Operacionalització

L’operacionalització és la representació d’una o unes idees abstractes en conceptes concrets, assequibles i aterrables a la realitat que ens envolta. Aquesta conceptualització implica una acció per part de la investigadora o l’investigador, doncs es porta a terme estructurant, construint i operacionalitzant a partir d’unes idees referencials triades i desenvolupades com a marc teòric.

Al marc teòric hem parlat de biomedicina, d’atenció, del diagnòstic “agorafòbia”, del diagnòstic “dona”, dels interrogants feministes al sistema biomèdic o de les resistències feministes. Aquest repàs és imprescindible per entendre quins seran els conceptes clau a

partir dels quals construirem les categories amb què observarem el nostre món empíric. A partir d'un exercici deductiu, tot allò que ens ha aportat el marc teòric serà desglossat en conceptes analítics, dimensions i indicadors amb els quals després podrem interrogar la realitat (o les realitats) que ens interessa.

A continuació detallem els conceptes que utilitzarem:

A) Concepte: GAM.

Canals (2003) defineix els Grups d'Ajuda Mútua (GAM's) a partir de característiques tals com: el fet de compartir un problema comú, el caràcter voluntari de la participació, l'objectiu de canvi (en les vides dels membres o en la manera d'enfocar el seu problema), l'especificitat dels seus objectius, el fet de compartir experiències i coneixements, el requisit de funcionar sense la presència de professionals o el reforçament de la responsabilitat, la identitat i l'autoestima. En la pràctica d'aquests trets, els GAM's funcionen com a proveïdors d'ideologia en un espai simbòlic diferent del professional, encara que puguen assimilar-se i s'assimilen nocions d'aquest àmbit, i en un llenguatge propi que propicia la producció de models propis d'interpretació, significació i actuació.

Els GAM's es caracteritzen, a més, per constituir un espai en què es permet desenvolupar el suport mutu en el pla emocional, redefinir la situació viscuda i a voltes la mateixa identitat, i intercanviar ajuda entre els seus membres, una ajuda que inclou la transmissió i construcció de nous sabers i habilitats de tipus pràctic (Canals, 2003).

Dimensions del concepte de GAM

- 1) Suport emocional i ajuda mútua: entenem per suport emocional i ajuda mútua l'enteniment, l'atenció o l'assistència oferida i demandada pel conjunt dels membres dels grups amb què gestionen els seus malestars fora de l'àmbit professional.
- 2) Transmissió d'informació: la transmissió d'informació en el context dels GAM's esdevé el fet de transferir i compartir entre els membres dels grups sabers referits al seu diagnòstic i malestars, uns sabers en els quals la mateixa experiència pot ocupar un lloc important.

- 3) Redefinició de la identitat: entenem per redefinició de la identitat en el context dels grups amb què treballem el procés de tornar a situar-se, interpretar i definir el transcurs propi en relació amb el diagnòstic que les i els defineix i amb els malestars que pateixen.

B) Concepte: Diagnòstic “agora-dona”.

Aquest concepte sorgeix de l'articulació de les idees i conceptes teòrics que hem treballat als punts 1.2. i 1.3., això és, el diagnòstic d'agorafòbia i el diagnòstic “dona”. Tenint en compte que el gènere no és en aquest treball una variable independent, advertim que no la podem aïllar i separar ací. A partir d'aquest moment, entenem que moltes persones diagnosticades d'agorafòbia són diagnosticades d'aquesta patologia perquè són identificades com a “dones”.

El diagnòstic “agora-dona” és llavors un diagnòstic que defineix determinats cossos identificats com a “dones” com a “agorafòbics”: patològics i objectes d'un tractament psiquiàtric. Amb altres paraules, si dues persones identificades com a “home” i “dona” acudeixen a una consulta mèdica amb els mateixos símptomes, la persona identificada com a “dona” té moltes més possibilitats de ser diagnosticada de la patologia d'agorafòbia, mentre a la persona identificada com a “home” possiblement li correspondran altres etiquetes mèdiques.

Dimensions del concepte de diagnòstic “agora-dona”

- 1) Dimensió mèdica: agorafòbia com a desviació mèdica.
- 2) Dimensió genèrica: agorafòbia com a desviació genèrica.

Categories de la dimensió mèdica del diagnòstic “agora-dona”

- 1) Tractament: entenem per tractament el conjunt de mitjans o ferramentes que les persones agorafòbiques utilitzen per a la curació o recuperació en el seu malestar. El tractament hegemònic per part del sistema biomèdic per al diagnòstic agorafòbic, i que necessita

prescripció i control mèdic, és la combinació del tractament farmacològic amb el tractament psicològic.

- 2) Maltestar (*Illness*): entenem per malestar el patiment físic i/o psicològic que experimenten subjectivament les persones anomenades com a agorafòbiques. Aquests malestares s'interpreten biomèdicament com a símptomes i la seua presència és el que determina el diagnòstic agorafòbic.
- 3) Identitat: les persones agorafòbiques en el seu procés d'interiorització i vivència d'un discurs mèdic que les defineix elaboren unes determinades relacions amb elles mateixes i amb el món que les envolta.
- 4) Relacions amb el sistema biomèdic: el contacte de les persones agorafòbiques amb el sistema biomèdic que és el que les defineix (diagnòstica) i les tracta, per a moltes un contacte continu, comporta necessàriament l'establiment de determinades relacions per part d'eixes persones cap a eixe sistema.

Subdimensions de la dimensió genèrica del diagnòstic "agora-dona"

- 1) Relacions de producció i consum: entenem per relacions de producció i consum a l'assignació estructural diferenciada de treballs a determinades persones, una assignació estructuralment diferenciada i desigual que en les nostres societats pren la forma de divisió sexual de la feina.
- 2) *Cathexis*: entenem per *Cathexis* l'organització estructural/relacional de les emocions, els sentiments, els desitjos i les sexualitats, una organització que en les nostres societats es basa en la construcció social del femení i el masculí que determina el que s'espera o no, el que és possible o no, en la pràctica i vivència d'aquestes emocions, sentiments, desitjos i sexualitats, per a les feminitats i les masculinitats.

Categories de la subdimensió de relacions de producció i consum

- 1) Producció: entenem per producció, d'acord amb el model econòmic i social hegemònic en les nostres societats, les activitats que aporten valor agregat per creació i subministrament de béns i serveis, activitats totes elles remunerades.
- 2) Consum: entenem per consum l'activitat de consumir siguen productes, béns o serveis, sempre mitjançant una transacció econòmica.
- 3) Gestió domèstica: entenem per gestió domèstica el que tradicionalment s'ha entès com treball domèstic o treball reproductiu, això és, el manteniment i la cura de la casa i la família, però entès no tan sols materialment (i emocionalment) sinó també en l'àmbit organitzatiu, d'ahí la intencionalitat del terme "gestió".
- 4) Maternitat: entenem per maternitat el procés no sols de gestació i part, sinó també i sobretot de criança (educació, manteniment i cura de filles i fills). Un procés que tradicionalment s'ha identificat amb el terme abans exposat de treball reproductiu.

Categories de la subdimensió de *Cathexis*

- 1) Relacions afectivosexuals: entenem per relacions afectivosexuals les relacions personals que a més de l'afectivitat comporten la presència del desig sexual i que s'entenen i es perceben com a distintives d'altres formes afectives com les familiars o les d'amistat.

B) Concepte: Règims de gènere en el discurs mèdic agorafòbic actual a l'Estat espanyol

La teoria de gènere de Connell (1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018) ens parla d'aquest com un sistema de relacions, unes relacions entre el masculí i el femení imbuïdes en dinàmiques de poder que estructurin les nostres societats occidentals. A partir d'ací, el gènere no apareix com a cap essència natural sinó com a *locus* social que ocupem en relació amb un determinat ordre genèric. Aquestes relacions de gènere de què parla Connell es desenvolupen i propaguen des de les institucions i agències socials esdevenint així el marc des del qual els individus es mouran, experimentaran i practicaran els seus posicionaments de gènere.

Com hem vist ja al marc teòric, a partir de la teoria de Connell podem interrogar sobre les relacions de gènere d'una determinada societat a tres escales: l'escala macro dels Estats, l'escala meso de les institucions i agències socials, i l'escala micro dels posicionaments subjectius. És a escala meso on sorgeix el concepte de règims de gènere. Connell entén els règims de gènere com el mode en què s'organitzen les relacions de gènere en l'àmbit de les institucions o agències socials (Connell i Pearse, 2018), sent aquests règims de gènere part inherent de l'ordre de gènere com a organització de les relacions de gènere en la macropolítica que estructura les nostres societats.

Sabem, ho hem vist també al marc teòric, que el discurs mèdic agorafòbic ha parlat de gènere des del seu sorgiment, a través de la seua primera masculinització i també amb la posterior re-generització (Reuter, 2006). També sabem que en l'actualitat la gran majoria de persones diagnosticades amb aquest trastorn són persones identificades com a "dones". A partir d'aquests traços, Connell ens proporciona les ferramentes per a dibuixar el règim de gènere que hi ha darrere d'una institució, la psiquiàtrica, encarregada de la producció mèdica d'aquest discurs. Les ferramentes de què parlem són els vèrtexs o dimensions que l'autora desenvolupa per a interrogar sobre les relacions de gènere als distints àmbits abans vistos. Aquestes dimensions són: les relacions de producció-consum, la *Cathexis*, les relacions de poder i el simbolisme (Connell i Pearse, 2018). Nosaltres ens quedem amb les dues primeres.

En aquest treball estem ubicades en la tensió entre el règim de gènere del sistema biomèdic que transmet una construcció de la realitat que passa pel diagnòstic "agora-dona" i el subjecte que en primera persona construeix la seua subjectivació a partir d'eixe discurs mèdic. Per tot açò, ens és indispensable recórrer al concepte de procés de subjectivació treballat per Connell en la mesura que el que analitzarem nosaltres no és el discurs institucional en si sinó com arriba i els mecanismes a través dels quals es desenvolupa aquest discurs en una plataforma en què es fa visible com són els grups que analitzem. Així, doncs, entendrem el procés de subjectivació en aquest treball com el transcurs a partir del qual els individus creen els seus projectes de gènere i de "malaltia/malestar" mitjançant la convivència amb distints patrons genèrics i mèdics que ells, des de la seua agència reflexiva i creativa, interioritzen, reproduïxen i transformen, sent la pràctica l'element ontològic que imbrica els nivells micro i macrosociològics (Connell i Pearse, 2018).

Dimensions del concepte de Relacions de gènere en el discurs mèdic agorafòbic actual a l'Estat espanyol

- 1) Relacions de producció-consum (especificada ja al punt anterior).
- 2) *Cathexis* (especificada ja al punt anterior).

C) Concepte: Estratègies de resistència feministes

Foucault sosté que la resistència és coextensiva al poder: “Donde hay poder hay resistencia, y no obstante, ésta nunca está en posición de exterioridad respecto del poder. [...] (Foucault, 1977, p. 116). En el moment en què existeix una relació de poder, dins d'ella i a través d'ella, es dona la possibilitat de la resistència. Aquesta conceptualització que fa Foucault de la resistència l'allunya de la visió tradicional que podem tenir d'aquest concepte com a acció de suportar o aguantar quelcom que ens ve de fora. Ací la resistència ja no es conceptualitza en termes de passivitat i negació sinó com a procés actiu, creatiu i transformador.

A partir de la consideració foucaultiana del poder i la resistència és des d'on elabora Butler (2001) la seua teoria performativa. El poder per a Butler, com per a Foucault, és subjectiu i productiu. El subjecte, produït amb i des del poder que el subjecta, mai es queda únicament en la subjecció a les normes que el defineixen com a tal. El subjecte interioritza aquestes normes, les practica i les repeteix, repetició necessària per a la continuació i reafirmació normativa, però la repetició d'aquestes porta inherentment implícit el risc del fet que la norma perda el seu efecte, es repetisca diferentment. És ací on Butler afirma la capacitat i possibilitat de resistència d'aquells no-subjectes exclosos de l'espai polític. Així, la resistència al poder normatiu, la resistència a les normes per a l'autora esdevé una producció creativa capaç de qüestionar l'hegemonia i capaç de rearticular la norma.

A partir d'ací, nosaltres definirem el concepte d'estratègies de resistència feminista com l'obertura creativa i productiva de bretxes, individualment i també col·lectivament, a la normativització i normalització mèdica/genèrica. Una obertura que esdevé feminista pel seu poder qüestionador i transformador de les relacions genèriques.

Dimensions del concepte d'estratègies de resistència feministes

- 1) Dimensió mèdica: resistències que obrin bretxes en el sistema normatiu biomèdic.
- 2) Dimensió genèrica: resistències que obrin bretxes en les relacions normatives de gènere.

La forma gràfica que tindria l'assemblatge d'aquests conceptes, amb les seues dimensions, subdimensions i categories, en el nostre treball seria la següent:

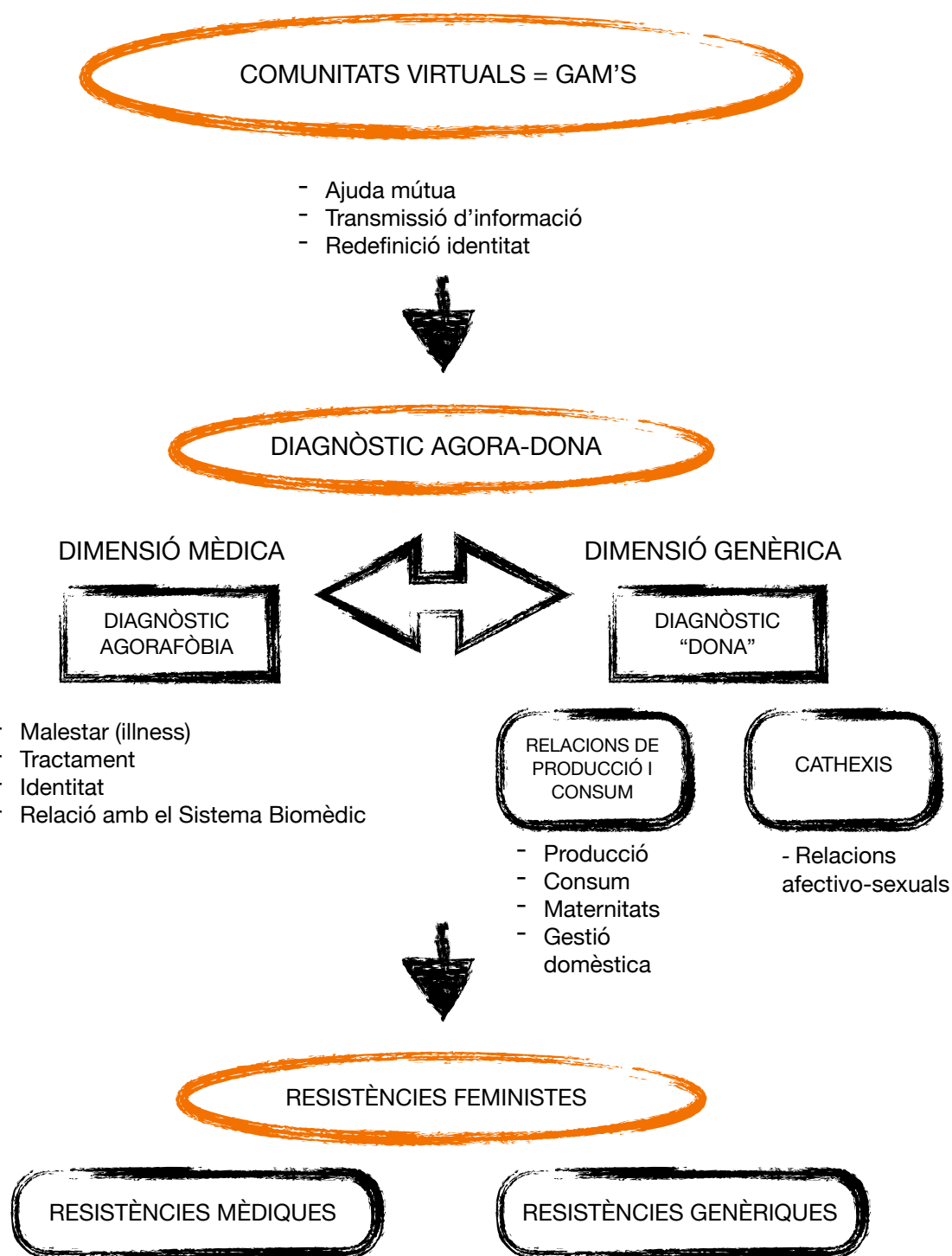


Fig 1. Model d'anàlisi de la investigació

2.3. Producció de la informació

2.3.1. Anàlisi qualitativa de Comunitats Virtuals

Una vegada exposades hipòtesis, preguntes i objectius ens queda clar que per a assolir aquest treball requerim una metodologia qualitativa. No busquem magnituds estadístiques sobre l'agorafòbica, sobre les “dones agorafòbiques”, sinó entendre com aquestes, en les plataformes virtuals en què es manegen, construeixen i signifiquen discursivament les seues experiències, el seu “diagnòstic”, les seues quotidianitats entenent-les al si d'un ordre social que és l'ordre del dir, que està fet de dictats i interdiccions (Ibáñez, 1990).

La nostra anàlisi es divideix en dues parts. La primera d'elles és abordada mitjançant l'entrevista en profunditat. L'entrevista en profunditat no és altra cosa que una conversa personal, no estructurada, en què es persegueix que la persona entrevistada expresse de manera lliure les seues opinions i vivències sobre el tema objecte d'estudi (Carmona i De Flores, 2007). En el nostre cas la interacció esdevé en certa manera una interacció “d'igual a igual”, en la mesura que entrevistada i entrevistadora comparteixen una mateixa posició respecte al tema d'estudi: la posició de “malaltes”. No obstant açò, cal no obviar, seguint a Bourdieu (1994), que l'entrevistadora gaudeix d'una posició privilegiada en aquesta situació comunicativa ja que és ella qui marca les preguntes i controla la dinàmica.

En els inicis d'aquest treball vam idear una anàlisi assolida únicament a partir d'entrevistes en profunditat a les “dones” de les tres comunitats virtuals seleccionades. No va ser difícil accedir als grups ni ser acceptada en ells, el problema, però, va sorgir a l'hora de plantejar a les persones participants dels grups la meua intenció d'entrevistar-les i conversar amb elles. En uns grups acostumats a que algunes persones professionals de la medicina, però sobretot persones “impostores”¹⁹ tracten de vendre'ls teràpies virtuals, remeis o consells per a la gestió de la seua agorafòbia, va resultar pràcticament impossible que es fiaren de mi. En el moment, a més, en què vaig manifestar el meu interès per parlar específicament amb

¹⁹ Algunes persones professionals de la medicina s'anuncien als grups oferint teràpies, però és habitual sobretot la presència de persones “impostores”, com les anomenen als grups, que sense cap títol intenten vendre teràpies o remeis als membres de les comunitats per a tractar l'agorafòbia.

“dones”, justificant que ho requeria així el meu treball, la falta de confiança es va convertir en rebuig arribant fins i tot a expulsar-me d’un dels tres grups acusant-me de femellista i discriminadora. No obstant açò, vaig aconseguir contactar amb cinc “dones” membres dels tres grups que amb més, menys o cap reticència van acceptar conversar i compartir amb mi les seues vivències.

Tot i que en un primer moment les dificultats trobades van trastocar els temps i objectius marcats per al treball, gràcies al descobriment de l’etnografia virtual vam ser conscients que podríem arribar a un nivell d’observació i anàlisi molt més fructífer si valoràvem les possibilitats que aquesta tècnica ens brindava. Així, i reafirmant-nos en el dit popular que assegura que tot passa per alguna cosa, estem convençudes que poder abordar el nostre tema d’estudi des de les dues tècniques des de les quals l’abordem, creant una “metodologia d’hibridació” (Ruiz Méndez i Aguirre Aguilar, 2015), és la millor manera d’enfrontar aquest treball.

La segona part de la nostra anàlisi és, doncs, l’anàlisi de les comunitats virtuals. El primer pas per entendre la nostra anàlisi de les plataformes virtuals és entendre l’espai virtual com un espai més del quotidià: no com una experiència anecdòtica o puntual separada del “fora”, sinó com una experiència social en *continuum* entre l’*online* i l’*offline* on la intercambiabilitat d’un context de relacions amb altre es dona sense que medie percepció de canvi significatiu (Del Fresno, 2011).

Hem parlat abans de la importància de l’autoetnografia en la nostra posició epistemològica com a subjecte i objecte de coneixement. Sense moure’ns del procediment etnogràfic, parlarem ara de l’etnografia virtual o netnografia²⁰ com a instrument que utilitzarem per a accedir a la informació que ens interessa i analitzar-la, com a manera d’aplicar el procediment etnogràfic ara en l’accés a la informació.

Una de les autores pioneres en l’estudi de la forma en què Internet s’incorpora a la vida quotidiana en qualsevol dels seus espais és Christine Hine (2004). Del seu interès per

²⁰ L’aplicació etnogràfica a l’estudi d’ambients virtuals està reconeguda amb diversos termes: etnografia virtualitzada, etnografia de la cibercultura, etnografia del ciberespai, ciberetnografia, etnografia mediada, etc. Nosaltres utilitzarem els termes etnografia virtual i netnografia proposats per Hine (2004) i Del Fresno (2011) respectivament.

investigar l'ús d'Internet i la seua integració en la vida quotidiana de les persones naix la seua proposta metodològica: l'etnografia virtual. Per a aquesta autora, l'ús de les tecnologies d'informació i de comunicació no suposa una amenaça per a les relacions socials, més bé al contrari augmenta les seues possibilitats de reestructuració en termes temporals/espacials i defineix la modernitat que caracteritza al món actual. Hine substituirà la idea de camp ancorada al territori o lloc físic per una noció subjecta a les relacions. Així, la xarxa no sols funciona com un nou escenari en què aplicar el mètode etnogràfic, sinó que esdevé una oportunitat per a analitzar les possibilitats d'aquest mètode en aquest espai.

Després de les primeres formulacions, com la de Hine, la diversificació de propostes al voltant de l'etnografia virtual va portar amb si l'etnografia mediada (Miller i Slater, 2000; Beaulieu, 2004) o la netnografia (Kozinets, 2002; Del-Fresno, 2011), entre altres. En l'etnografia mediada s'entenen els dispositius no sols com a instruments sinó com a elements mediadors que transformen la manera en què la gent es relaciona, això és, com a artefactes culturals (Beaulieu, 2004). Per la seua banda, la netnografia apareix definida pels seus principals iniciadors com una evolució de l'etnografia que amplia el seu objecte d'estudi a les formes de sociabilitat que es donen en els contextos en línia que ofereixen les noves tecnologies a partir de les xarxes socials. Segons Miguel Del Fresno (2011), els mètodes d'investigació aplicables des de l'etnografia a la netnografia podrien ser: l'observació participant, l'entrevista, el mètode genealògic, l'anàlisi de xarxes socials, informants privilegiats, històries de vida, investigacions centrades en problemes concrets i la investigació longitudinal. El nostre treball és un treball d'anàlisi de xarxes socials (dels grups d'agorafòbia en Facebook) on també hi ha observació participant en línia.

Totes aquestes propostes comparteixen, a més d'un qüestionament de les fronteres entre *l'online* i *l'offline* (Miller i Slater, 2000; Hine, 2004; Del-Fresno, 2011), una preocupació, fruit de la nebulització d'aquestes fronteres, cap a les implicacions i reptes derivats de l'aplicabilitat etnogràfica a contextos virtuals. Aquests reptes es podrien resumir en tres que ens afecten també en el nostre treball. El primer d'ells té a veure amb les principals diferències entre les comunitats físiques i en línia. Que les fronteres geogràfiques i temporals es dilueixin exigeix reformular el concepte de camp antropològic clàssic. El camp no apareix delimitat ara per marcadors geogràfics ni temporals sinó per marcadors culturals, de manera que el fet de

compartir una identitat col·lectiva, en el nostre cas al voltant d'un diagnòstic, és la línia que determina els límits del camp dels fenòmens virtuals (Suárez-Vérgne, 2020).

El segon repte es refereix al paper de la investigadora. En aquesta línia, moltes autores i molts autors preocupades i preocupats per l'aplicabilitat de l'etnografia a les comunitats virtuals afirmen que aquesta aplicabilitat (etnografia virtual o netnografia) comporta majors limitants que la realitzada en espais territorials, sent un dels majors limitants el resultat de no possibilitar-se una relació cara a cara tant de l'investigador (la investigadora) amb els integrants de les comunitats com dels integrants entre ells (Sánchez Torres i Ortiz Rendón, 2017). En el cas del nostre treball, no sols aquesta no-relació cara a cara entre les integrants del grup (inclosa entre elles la investigadora) no esdevé cap problema, sinó que és en si mateixa la raó de ser de les comunitats virtuals que analitzem. Les agorafòbiques, donada la seua dificultat o impossibilitat per a vivenciar i ocupar espais físics fora de les seues cases, no se solen relacionar entre elles, com altres comunitats, com altres grups socials, en forma d'associacions tradicionals que es reuneixen en un determinat espai-temps. De fet, quan vaig començar aquest treball, vaig contactar amb les associacions (tradicionals) de persones agorafòbiques existents a l'Estat espanyol, i la gran majoria d'elles ja no funcionen a causa de la impossibilitat o dificultat d'aquestes persones d'acudir a les reunions/encontres, o funcionen únicament com a espai que ofereix ajuda psicològica periòdica, però no com a espai propi d'encontre al marge de la relació amb el sistema biomèdic. Per tant, com diem, la falta de contacte físic entre les persones agorafòbiques dels grups que analitzem no sols no suposa un problema en la nostra investigació, sinó que la seua conformació com a comunitat virtual, que no es dona com a comunitat tradicional, la potència que aquesta virtualitat els brinda per a relacionar-se, sociabilitar-se i construir-se mútuament, fa d'aquests espais un *locus* privilegiat que possibilita l'anàlisi de les seues narracions i discursos. Una anàlisi ja no sols del funcionament individual de les participants amb la seua experiència agorafòbica, sinó sobretot una anàlisi de narracions i significacions compartides o, per contra, discordants, susceptible d'explicar com s'articulen com a grups (virtuals i reals) i el paper com a agents socials que juguen aquests grups embeguts i erigits al si d'uns determinats marcs discursius hegemònics (en el nostre cas biomèdics). En aquest marc, la "invisibilitat" de la investigadora no suposa més que una eina del propi mètode etnogràfic donat l'hermetisme de molts grups virtuals cap a agents externs (Suárez-Vérgne, 2020).

Finalment, ens referim a un tercer repte relacionat amb les qüestions ètiques que planteja la manera de fer del treball de camp en línia (Hine, 2004). El fet d'ocultar la recerca, que els subjectes mai arriben a saber-se observats, planteja nombrosos dilemes (Mayans, 2006). En la nostra investigació, d'acord amb Suárez-Vérgne (2020), considerem que optar per l'observació passiva/oculta com a solució a la idiosincràsia dels nostres grups no té per què implicar una transgressió dels principis ètics de la recerca, sinó que contribueix a conservar l'anonimat dels subjectes estudiats. Al mantenir-se com a observadora passiva, l'etnògrafa renúncia a interactuar de manera directa amb els membres de les comunitats permetent que les relacions socials en aquests grups es desenvolupen baix el seu llit normal, sense intervencions d'individus aliens a l'ideal del col·lectiu.

Per a la realització d'una etnografia virtual o netnografia responsable, estem d'acord amb l'afirmació de Del-Fresno (2011) que sosté que esdevé important definir el seu objecte d'estudi, això és, les comunitats virtuals. En paraules d'Almudena Moreno i Carolina Suárez (2009), la comunitat com a categoria analítica que defineix la interacció humana com a constitutiva de la realitat social, que redimensiona el subjecte com a socialitzat en un grup concret, amb les seues representacions socials, simbòliques i valors culturals, com un context d'acció que contribueix a la generació de realitats basades en entramats socials, en les actuals societats globalitzades i *informatitzades* supera l'estructura territorial com a forma d'organització quotidiana. Si per a Manuel Castells (1989) ens dirigim cap a una "Ciutat Global" informatitzada entesa com a sistema interactiu al qual han d'adaptar-s'hi ciutadans i ciutats, les comunitats virtuals s'estan convertint en un nou format de relació social al qual els diferents col·lectius acudeixen per a satisfer unes expectatives o necessitats, per a aportar la seua col·laboració i per a sentir-se part d'un col·lectiu (Moreno i Suárez, 2009).

Les primeres i primers sociòlogues i sociòlegs que van posar de relleu la naturalesa no territorial de les comunitats modernes van ser especialistes en l'anàlisi de xarxes socials com John Scott o Stanley Wasserman i Katherine Faust (Moreno i Suárez, 2009), els quals analitzaven les relacions entre els membres del grup, així com l'estructura i dinàmica que sorgia d'eixes relacions. Altres sociòlogues i sociòlegs com Barry Wellman i Milena Gulia (1999), es van preocupar especialment per difuminar la frontera que separa les comunitats virtuals de les reals, mostrant les primeres com a verdaderes comunitats en les quals els

membres, malgrat la no-proximitat física, desenvolupen llaços relacionals similars als de les comunitats territorials.

Des de l'àrea de la salut, l'anàlisi de les possibilitats virtuals per a l'estudi dels processos de malaltia s'ha centrat principalment en la funció de suport emocional que aquests grups compleixen (Finfgeld, 2000; Gooden i Winefield, 2007; Keim-Malpass, Albrecht, Steeves i Danhauer, 2013) o en les possibilitats informatives o suport informatiu que el món virtual brinda a les malaltes i malalts (Nettleton, 2004; Gooden i Winefield, 2007; Gualtieri i Akhtar, 2013). De manera menys predominant, alguns estudis com el realitzat per Sandaunet sobre grups virtuals de pacients amb càncer de mama, han comprés l'anàlisi de la comunicació en línia com a àmbit de rèplica dels discursos dominants fora de línia (Sandaunet, 2008a; 2008b). Per últim, des d'altres estudis s'ha destacat el potencial empoderador (Pitts, 2004; Wentzer i Bygholm, 2013) i agencial (Coll-Planas, 2014) que ofereix Internet i la comunicació virtual per a malaltes i malalts.

Dins de la salut, en el camp de la salut mental l'anàlisi de les comunitats virtuals esdevé poc treballat, i des dels pocs estudis al respecte s'ha destacat principalment l'ús que pacients fan d'internet per a la cerca d'informació de les seues malalties (Kalckreuth, Trefflich i Rummel-Kluge, 2014).

2.3.2. Les nostres Comunitats Virtuals

2.3.2.1. Els grups de Facebook

El corpus d'anàlisi del nostre treball són els grups de la xarxa social Facebook creats i utilitzats per persones agorafòbiques (la gran majoria amb diagnòstic mèdic), les temàtiques dels quals giren específicament al voltant d'aquest trastorn i que, en la mesura que no esdevenen administrats per cap autoritat mèdica, suposen un espai d'informació i encontre a *priori* llec per a aquestes persones.

Al començar el nostre treball d'exploració vam trobar quatre grups que complien aquestes característiques. Vam decidir quedar-nos amb tres d'aquests quatre grups d'acord amb els

membres adscrits i l'activitat d'aquests. Mentre els tres grups seleccionats comptaven a l'inici del nostre reconeixement amb un interval d'entre 1000 i 3500 membres, el quart descartat sols en tenia 400, motiu pel qual vam optar per quedar-nos amb els tres més prolífics. Els tres grups han estat creats a l'Estat espanyol i és el castellà la seua llengua vehicular, el que dona peu al fet que la majoria dels seus membres siguen persones originàries i/o residents o bé a l'Estat espanyol o a Llatinoamèrica.

2.3.2.2. Característiques dels grups

Taula 1. Característiques del grup 1

GRUP 1	
NOM	AGORAFOBIA, NOS AYUDAMOS
MEMBRES	1255
TIPOLOGIA	PRIVAT
PERÍODE D'ACTIVITAT	2014-ACTUALITAT
DESCRIPCIÓ DEL GRUP QUE APAREIX A FACEBOOK	AGORAFOBIA, NOS AYUDAMOS es un grupo cerrado creado por personas que sufren, están superando o han superado este trastorno con la única finalidad de que todos encontremos la ayuda necesaria en cualquier momento y situación. Aquí nos contaremos nuestra situación, cómo lo llevamos, cómo nos encontramos, cómo lo sufrimos, cómo lo combatimos , qué metodos, qué trucos... Otros contaremos nuestras experiencias, ayudaremos y aconsejaremos lo mejor posible. No se puede hacer publicidad de blogs, páginas privadas o cualquier publicación que los administradores creen que no debe estar en el grupo. Un abrazo a tod@s.

Taula 2. Característiques del grup 2

GRUP 2	
NOM	AGORAFOBIA
MEMBRES	3345
TIPOLOGIA	PRIVAT
PERÍODE D'ACTIVITAT	2012-ACTUALITAT
DESCRIPCIÓ DEL GRUP QUE APAREIX A FACEBOOK	<ul style="list-style-type: none"> - No es un grupo administrado por profesionales médicos. - No está permitido ofender o insultar a ningún miembro. Es un espacio creado para personas con una condición común y nos debemos respeto. - Queda prohibido publicar mensajes o imágenes con contenido violento y/o sexual explícito. - Todos tienen derecho a postear por igual. - Si tiene algún reclamo o queja puede escribirle a los administradores. - Nos reservamos el derecho a borrar o eliminar mensajes que se salgan de la intención del grupo. - No se permite publicidad de otros grupos/página similares que desconocemos. - No se permite publicidad de servicios terapéuticos. Los psicólogos colegiados pueden contactar con los administradores para aparecer en una lista informativa de terapeutas. Sin embargo, no se permitirá el spam en el muro ni usar el grupo para captar pacientes. Menos aún para establecer diagnósticos o abordar directamente a otros miembros susceptibles de convertirse en pacientes. - Está permitido y exigido postear imágenes y frases graciosas para levantar el ánimo del grupo. - NOTA: El incumplimiento de estas reglas será motivo suficiente para excluirlo del grupo. Saludos.

Taula 3. Característiques del grup 3

GRUP 3	
NOM	AGORAFOBIA, LOS INVISIBLES
MEMBRES	1129
TIPOLOGIA	PÚBLIC
PERÍODE D'ACTIVITAT	2013-ACTUALITAT
DESCRIPCIÓ DEL GRUP QUE APAREIX A FACEBOOK	Llevo 15 años padeciendo esta enfermedad, de hecho tengo la invalidez absoluta debido a ella. Una de las cosas que más echo en falta, es encontrar gente de mi misma zona para poder apoyarnos cuando hemos de salir, o simplemente queremos pasear o afrontar algo. Llevar a alguien a tu lado que sabe lo que sientes, creo que es muy importante y despierta la fuerza de uno mismo para ayudar al otro. Yo soy de Girona, de maçanet de la selva concretamente. Si hay alguien cerca y se anima a hacer cosas juntos... adelante!!

2.3.2.3. Període de registre

Durant l'any 2017 es van realitzar entrevistes a dues “dones” que després serien completades i complementades amb altres dues entrevistes actualitzades, de nou una a cada una d'elles, per a formar part de la nostra anàlisi. Aquestes “entrevistes actualitzades”, així com altres tres noves a tres "dones" més, totes elles membres dels grups que analitzem, es van realitzar entre els mesos de març i maig de 2020.

Pel que fa a l'anàlisi virtual, el període a analitzar en el nostre treball no estava establert per endavant. Vam decidir començar per registrar les entrades produïdes en els grups de Facebook seleccionats des de l'1 de gener de 2018 perquè era l'any en què començàvem la tasca de l'anàlisi de les dades, i preteníem treballar amb la màxima vigència possible. Partíem de la idea de la possibilitat d'ampliar aquesta anàlisi a anys anteriors, però una vegada registrades totes les entrades de l'any 2018, i bolcades a documents PDF per a ser després analitzades amb el programa ATLAS-TI, a causa de la quantitat d'entrades registrades per a aquest any i seguint el criteri de saturació de la mostra, quan vam percebre que ja no apareixien discursos nous vam decidir quedar-nos amb les entrades d'aquest període. Per tant, finalment, el període analitzat en el nostre treball és el que va de l'1 de gener al 31 de desembre de 2018.

2.3.2.4. Nosaltres, les usuàries

L'objecte d'estudi del nostre treball, com ja hem dit, són els grups sobre agorafòbia de la xarxa social Facebook, però més concretament, al si d'aquests grups, ens interessen els discursos i relats que en sorgeixen, que es creen i reproduïxen. Per tant, més que els grups, el nostre objecte d'estudi són les persones que conformen i participen en aquests grups fent d'ells uns agents socials discursius.

Partint de la premissa teòrica del diagnòstic “agora-dona”, vam tenir clar des d'un primer moment que els relats que necessitàvem per a la nostra anàlisi, els que li donaven sentit i força a la nostra operacionalització, eren els produïts per aquelles persones identificades com a “dones”, i és per això que tots els discursos que apareixen en l'anàlisi en primer pla són discursos elaborats per “dones”.

En segon lloc, com que es tracta de grups de parla castellana el volum de “dones” que hi participen en ell és molt nombrós i evidentment no sols es cenyeix a les originàries i residents a l'Estat espanyol. Vaja per davant que aquesta conjuntura esdevé increïblement rica per a qualsevol anàlisi sociològica i fa dels grups virtuals el que són, un espai privilegiat d'encontre transnacional i transcultural. Amb tot, la decisió ha estat la de seleccionar per a la mostra únicament a “dones” residents a l'Estat espanyol. Aquesta decisió és fruit principalment del que considerem una qüestió de responsabilitat. Com a investigadora resident a l'Estat espanyol, com a agorafòbica diagnosticada i tractada al si del sistema biomèdic espanyol, i sense perdre de vista les limitacions materials i temporals que suposa fer una tesi doctoral, hem volgut regir-nos pels principis situats que és des d'on sorgeix tot aquest garbull en forma d'experiència personal i acadèmica. Entenem, per tant, que les vivències i experiències d'un mateix diagnòstic des de diferents societats i cultures esdevenen especialment diverses i desiguals, i necessiten un coneixement històric, social, polític, cultural, econòmic, al cap i a la fi, un coneixement contextual, que en aquest treball no tenim. Així, considerem a les “dones” (els seus relats, les seues narracions) dels grups (siguen originàriament d'on siguen) diagnosticades, tractades, que experimenten i viuen el seu trastorn des de l'Estat espanyol, com els nostres objectes/agents privilegiats per a analitzar el que hi ha darrere del discurs mèdic agorafòbic a l'Estat espanyol en un àmbit meso a partir de com s'interioritza, es reproduïx o es repta aquest des de les experiències microsubjectives.

Per últim, havíem de trobar una manera de definir (definir-nos) a aquestes “dones” agorafòbiques a la nostra anàlisi. Des d'un principi vam voler prescindir de paraules o nocions amb intenció o significació biomèdica com malaltes o pacients. A la meua breu estada a la UNAM en abril de 2019, vaig tenir l'oportunitat de conèixer una investigadora que treballava en un projecte social amb bastant marge respecte a la medicina amb comunitats de persones afectades per diferents trastorns mentals. Quan es referia a les persones amb què treballava, aquesta investigadora les anomenava “usuarios y usuarias de nuestra comunidad”. Em vaig quedar amb la copla. Usuària com a abreviatura d'“usuària de serveis de salut mental” o, alhora, d'“usuària de serveis dels grups de Facebook”. Aquest em pareix, *a priori*, un terme que visibilitza molt més que els termes de malalta o pacient l'agència d'aquestes persones, entre les quals m'incloc, doncs com a usuària eres tu la que demanes, busques, i reclames determinats serveis, un terme que se significa a partir d'una acció, usar, que necessita un agent que la realitze, una usuària.

2.4. Anàlisi de la informació

2.4.1. Exposició de l'anàlisi

L'exposició de l'anàlisi d'aquest treball es divideix en dos capítols. En el primer capítol (3.1.) analitzem, a partir de les narracions de les 5 entrevistades, els processos assistencials de les persones diagnosticades d'agorafòbia per veure si les comunitats virtuals de persones agorafòbiques funcionen com a grups d'ajuda mútua, d'atenció i significació de la malaltia i de quina manera ho fan.

En el segon capítol (3.2.) explorem el mode en què es (re)produeix, (re)significa i (re)construeix el diagnòstic agorafòbic en aquests grups que són, per damunt de tot, grups productors d'ideologia i de narratives compartides. Seguint els pressupostos dels coneixements situats, per a portar a terme la fase de producció i anàlisi en aquesta segona part del treball s'han projectat dos processos; un procés amb subjecte d'enunciació singular que recull l'experiència de la investigadora i un altre procés que recull la veu plural produïda pels discursos, relats i narracions de les comunitats virtuals analitzades. D'aquesta manera, cadascun dels deu apartats de què es compon la segona part de l'exposició de la nostra anàlisi està precedit i introduït per una breu reflexió de la investigadora com a possible usuària de les comunitats virtuals analitzades, possible usuària que si no ha esdevingut tal ha estat únicament qüestió d'atzar i contingència, però la qual ha pogut exprémer la posició pròpia en què se situa respecte a l'objecte analitzat.

2.4.2. Organització de l'anàlisi

Amb tot el que hem exposat abans, és fàcil endevinar que l'anàlisi en aquest treball suposa una construcció analítica que lluny d'esdevenir manifesta o evident, resulta verdaderament incerta i treballosa. En resposta a aquesta realitat, i per a fer més assolible i comprensible el mode en què hem edificat aquesta anàlisi, s'ha organitzat la presentació d'aquest en dos capítols distints però relacionats i pertanyents a un mateix procés conceptual i analític

general. Un procés enfocat a visibilitzar la construcció social i col·lectiva del trastorn agorafòbic a partir de les comunitats virtuals, una construcció que ací anomenem com “els deu manaments del discurs agora-dona”, així com el mode en què embevem, reproduïm o transgredim les usuàries aquestes deu lleis mèdiques.

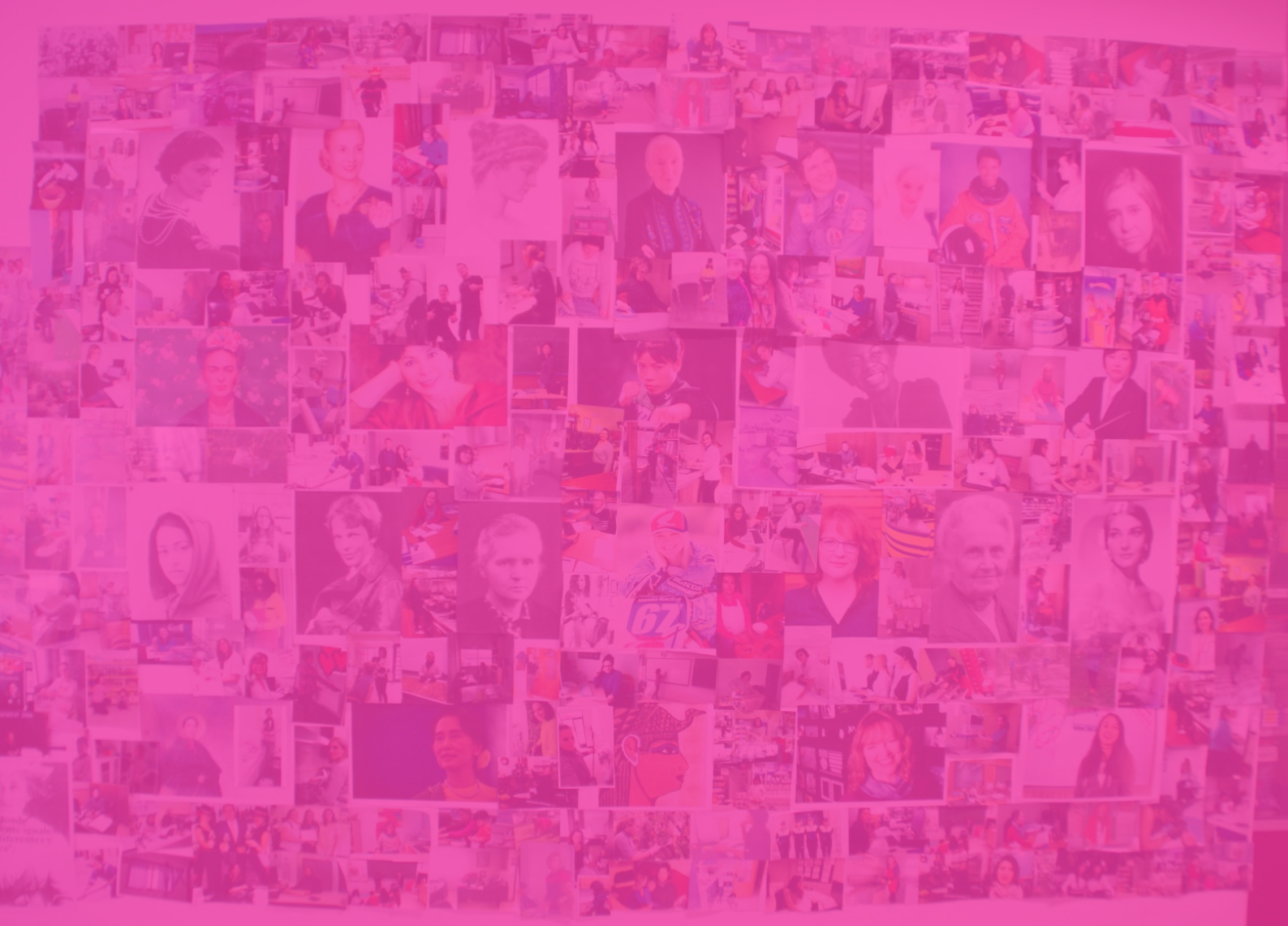
El primer capítol anomenat “les comunitats virtuals com a espais d’atenció, gestió i significació de l’agorafòbia” respon, com ja hem assenyalat, a l’objectiu primer d’aquest treball i principi a partir del qual es desenvolupa la resta. A partir d’un mapa dels processos amb els quals cinc “dones” usuàries dels tres grups que analitzem han gestionat i gestionen la seua agorafòbia podem veure el paper que en aquesta gestió han complit les comunitats virtuals i com, a partir d’aquestes, les usuàries signifiquen el seu trastorn i se situen en el món a partir d’aquest.

El segon capítol denominat “els 10 manaments del discurs agora-dona” està conformat per tres blocs i es correspondria amb el mode en què en les comunitats virtuals es construeix i significa el malestar, diagnòstic i etiqueta que defineix i uneix els seus membres: l’agorafòbia.

El primer bloc d’aquest segon capítol titulat “diagnòstic agorafòbia” s’inscriu en la primera part del concepte que treballàvem al model d’anàlisi de “diagnòstic agora-dona”. Entenem, com hem exposat fins ara, el diagnòstic agorafòbic com un diagnòstic mèdic i genèric. El que examina i mostra aquest primer bloc és la part mèdica d’aquest a partir de quatre categories analítiques transformades en manaments: tractament, malestar o *illness*, identitat i relació amb el sistema biomèdic.

El segon bloc es titula “diagnòstic dona”. Aquest bloc està construït a partir de la segona part del concepte de “diagnòstic agora-dona”, això és, la part “dona”, la dimensió genèrica d’aquest diagnòstic. En aquest bloc visibilitzem la dimensió genèrica que s’amaga darrere de les interioritzacions i representacions que fan les usuàries en les seues narracions del diagnòstic agorafòbic. Les categories que hem utilitzat per a construir aquesta part de l’anàlisi, traduïdes en la seua exposició en cinc manaments, són: producció, consum, gestió domèstica i familiar, maternitat i *Cathexis*.

El tercer i últim bloc d'aquest segon i últim capítol de la nostra anàlisi es titula "resistències feministes" i naix a partir del concepte "estratègies de resistència feministes" del nostre model d'anàlisi. En aquest bloc aterrem a la part més micro de la nostra anàlisi proposant, d'acord amb Butler (2001) i el seu concepte de performativitat, que qualsevol discurs social, també el biomèdic, és susceptible de patir obertures i bretxes. Així, les usuàries, en la seua reproducció d'aquest discurs mèdic a partir del qual han desxifrat principalment el seu trastorn, tenen l'oportunitat i la possibilitat de transformar-lo. Aquest últim bloc està alçat sobre els ciments d'una única categoria analítica convertida ara en manament: resistències feministes.



03

Anàlisi

3.1. Comunitas Virtuals: Atenció, gestió i significació de l'agorafòbia

En aquest capítol pretenem, a partir de les narracions de cinc entrevistades dels grups de Facebook “AGORAFOBIA, NOS AYUDAMOS”, “Agorafobia” i “AGORAFOBIA. LOS INVISIBLES”, construir un mapa dels processos a partir dels quals aquestes “dones” han gestionat i gestionen el seu trastorn mental, per veure el paper que compleixen les comunitats virtuals de persones agorafòbiques en aquests processos, i si aquestes comunitats funcionen com a GAMs, això és, com a espais col·lectius d'identificació i ajuda mútua en el interior dels quals es (re)signifiquen tant el trastorn que les defineix com els posicionaments de les usuàries respecte al seu diagnòstic i al món que els envolta.

3.1.1. Presentació diagnòstica de les entrevistades

*“Tot comença en un(a) mateix(a)”
(Monllor, 1975)*

3.1.1.1. “No enferma, sino distinta, rara”

Carla²¹ té 35 anys, viu a Fuenlabrada i treballa en el magatzem de fred d'una empresa de congelats. És la xicoteta de tres germanes, el seu pare va morir quan ella era adolescent i no manté una bona relació ni amb les germanes ni amb la mare, una conjuntura que ve de llarg. El primer que em conta d'ella mateixa, a mode de presentació, com una advertència de tot el que trobaré al seu relat, és que no és una persona “normal”.

²¹ Els noms, tant de les entrevistades com de la resta d'usuàries de les comunitats virtuals han estat canviats per tal de preservar el seu anonimats.

Yo creo que nunca he sido muy normal porque de pequeña con 12 años dejé de comer y estuve así con problemas hasta los 18. Fui a un montón de psicólogos, me mandaron pastillas, me mandaron a una terapia de grupo.

Amb poc més de 10 anys va ser diagnosticada d'anorèxia, una anorèxia que ella no ha atribuït mai al fet de veure's grossa sinó "porque quería llamar la atención".

Comença explicant-me els seus primers mesos de vida, uns moments que considera clau per a entendre tot el que ha viscut després i encara viu a dia de hui.

Cuando yo nací no lloré, me tiré los primeros 6 meses de mi vida sin llorar, y te digo estas cosas porque ahora voy a una psicóloga que es de niños y ella dice que todos los problemas que tenemos de adulto son por cosas que hemos vivido en la infancia. Ella dice que un niño que no llora es porque se siente súper desprotegido, entonces como si llora sabe que nadie le va a hacer caso, pues no llora. Eso se va alargando en tu vida, te haces como una personalidad y son tus miedos y de ahí viene la ansiedad, los miedos, porque me sentí en algún momento de mi vida muy desprotegida y se me ha quedado como en la cabeza.

Els principals malestars que afecten a Carla hui en dia són la por a estar sola en casa així com a allunyar-se massa d'aquesta. La primera vegada que va sentir una por intensa a quedar-se sola en casa va ser als 11 anys.

Me dejaban sola y a mí me daba muchísimo miedo, pero que me daba pánico y tampoco me hicieron mucho caso, ¿sabes?, en vez de explicarme, sólo me decían que me fuera a la casa de mi otra hermana, pero ahí tampoco quería irme porque también me tenía que quedar sola y me daba miedo. Ahí empezó todo yo creo. Luego me fui acostumbrando a sentir ese miedo porque no me quedaba más remedio que quedarme sola, porque nadie se quedaba conmigo, es que me dejaban sola.

Pel que fa a la por a estar fora de casa o a allunyar-se d'aquesta, va començar quan tenia 15 anys.

Yo iba al instituto que estaba como a media hora andando de mi casa y había días, un día a la semana, que iba a la psicóloga que estaba a media hora andando desde el instituto, a la otra punta. ¿Qué pasa?, que mi madre me acompañaba pero ella iba

desde mi casa al psicólogo y yo desde el instituto al psicólogo, ella me esperaba allí. En uno de esos viajes hacía muchísimo calor y me empecé a marear y empecé a pensar “voy sola”, “¿y si ahora llego allí y mi madre no está?”, “¿y si me pasa algo en la calle, me mareo y nadie me ayuda?”, “estoy sola, estoy sola”, y ahí fue la primera vez que sentí el miedecillo ese y a partir de ahí fue todo una cadena.

Va ser aquest malestar respecte al carrer el que li va comportar el diagnòstic d'agorafòbia, i va ser la psicòloga a la qual ja anava per a tractar la seua anorèxia la que li'l va conferir. Amb tot, Carla recorda haver tingut un diagnòstic d'agorafòbia anterior a aquest oficial.

Yo me acuerdo que cuando empecé con los ataques de ansiedad, me decían que era una vaga, que no quería hacer nada, y mi hermana me dijo un día: tú lo que tienes es agorafobia, porque yo he hablado con una amiga que es psicóloga y le he contado tu caso y me ha dicho que tienes agorafobia.

Arran del diagnòstic oficial realitzat per la psicòloga i confirmat posteriorment per un psiquiatra, li van prescriure *Trankimazin*. El poder sedant d'aquestes pastilles li va dificultar poder seguir acudint a l'institut, fins que finalment el va haver de deixar. A partir d'ahí va començar també a deixar d'eixir de casa. Carla manifesta en el seu relat, com anirem veient, innombrables mostres de resistència cap a la medicació prescrita per a l'agorafòbia, sent una d'elles la consideració del paper negatiu que aquesta medicació va jugar al principi en el seu malestar. Carla va deixar d'eixir de casa amb 15 anys no tant pel malestar que sentia com per l'efecte que les pastilles li provocaven. A partir d'ahí va agafar por i més por al carrer.

Vaig conèixer a Carla fa quasi quatre anys. En eixe moment vivia en un pis compartit i tornava a la casa de la seua mare, el que per a ella era “mi casa” a dormir. Se sentia incapaç de dormir en el pis que compartia en què hi havia nits que les seues companyes no dormien o arribaven tard. Eixe era aleshores el seu major malestar i m'ho contava així:

Mira, de no salir de casa yo ahora tengo mi trabajo, me voy a la playa, hago prácticamente vida normal pero eso no soy capaz de que se me quite, no soy capaz, es lo que más me está costando.

Li vaig preguntar en aquell moment si s'identificava amb l'etiqueta de malalta, al qual em va respondre: “No enferma sino distinta, rara”.

Em retrobe ara amb Carla, després de quasi quatre anys sense saber res l'una de l'altra. Comencem posant-nos al dia. De seguida m'explica que durant aquests anys va aconseguir anar-se'n a viure sola i controlar l'ansietat. La note contenta però de sobte la seua cara canvia. Arran d'un problema econòmic i del fet que la seua mare es va posar malalta va tornar a patir atacs d'ansietat i va haver de tornar a casa. Ara viu amb la seua mare i amb una de les seues germanes que està temporalment també allí. Quasi com si fos un *deja vu* de fa quatre anys, em relata així l'actualitat del seu malestar: "Yo hay algunas cosas como ir a trabajar que las hago sola pero hay otras, como quedarme en casa, que ahora no puedo".

3.1.1.2. "Y si no me gustan las multitudes, ¿qué?"

Laura té 36 anys, viu a Lliria, en la província de València, va estudiar la carrera de psicologia i es dedica a fer classes particulars a dos xiquetes del seu poble mentre posa en marxa un projecte per a muntar una consulta de *coaching*. Vam parlar per primera vegada fa quatre anys i ara ens retrobem, de nou, per *skype*, cadascuna asseguda al sofà del saló de la seua casa.

Es defineix com una persona hipocondríaca.

Cuando iba al colegio operaron a dos de mi clase de apendicitis y yo enseguida tenía ya un montón de síntomas de apendicitis. Me asustaba mucho con las enfermedades, y en realidad yo siempre he sido una persona muy sana, nunca me han operado de nada, pero tenía mucha aprensión a los hospitales y todas esas cosas.

Atribueix aquesta hipocondria a partir de la qual es defineix a la seua herència familiar. El seu pare sempre ha sigut molt aprensiu i hipocondríac, un pare previngut i, per a ella, exagerat que no deixava anar al col·legi a cap de les seues dos filles els dies que feia vent.

Anys abans del seu diagnòstic d'agorafòbia, quan tenia aproximadament 18 anys, va estar diagnosticada d'ansietat i atacs de pànic. Van ser uns anys de molt d'estrés per a ella, treballava en una fàbrica i cuidava una xiqueta xicoteta. Un dia estant sola en casa va començar a sentir-se malament...

Estaba como deprimida, empecé a pensar cosas, a tener pensamientos muy catastróficos, empecé a estar decaída, tenía taquicardias y ya fui al médico de cabecera y ya me derivaron a salud mental. Como tenía un poco de depresión pues me dieron antidepresivos, paroxetina me dieron.

Laura data als 24 o 25 anys el començament del seu malestar amb els espais allunyats de la seua casa. Narra el que per a ella va ser el principi de la seua agorafòbia així:

Me iba de camping con mis amigas y nos íbamos al campo súper lejos. Ellas estaban allí ya y yo iba después sola con mi coche. Me subí al camping y era un camping que estaba muy escondido. Me hicieron las indicaciones y más o menos las seguí pero me perdí, me perdí que estaba en medio del campo, no sabía dónde estaba, no tenía cobertura, empezó a llover, empezó a granizar, una tormenta que flipas, no podía llamar a nadie, yo estaba allí en medio de la nada. Me empecé a agobiar, llamé al 112 porque era lo único que podía marcar, empezaron a hacerme preguntas: ¿allí pueden acceder coches de bomberos?, ¿allí pueden acceder ambulancias? Claro a mí me asustaron más, digo: ¡no, es que no quiero coches de bomberos, quiero que llaméis a los forestales de aquí del pueblo este y les digáis más o menos dónde me encuentro por si me quedo aquí atascada con el coche y no puedo salir, porque es que no puedo llamar a nadie! Total que estuvieron ahí venga a hacerme preguntas, venga a hacerme preguntas y así se pasó la tormenta, claro y ya más o menos encontré el caminito y tal y ya pues me salí. Y ya pues tuve un ataque de pánico, se me pasó y ya empecé a decir: ¡ya no me apetece nada, me voy a casa, no tengo ganas de nada!

Em va cridar l'atenció fa quatre anys quan em relatava per primera vegada aquesta experiència el seu ús del terme "apetecer" per a contar quan va deixar d'eixir i allunyar-se de casa.

Mi problema fue hacer evitaciones, sin tener ansiedad ni nada simplemente no me apetecía, no me apetecía ir sola con el coche, no me apetecía viajar, no me apetecía...

Ara m'ho narra de nou en els mateixos termes.

Yo seguía desplazándome y tal, pero cuando tenía que hacer algún viaje y tal decía: ay, no me apetece.

Li pregunte per aquest sentiment de no apetència cap a determinades activitats com viatjar o eixir de casa. Laura ha après a desxifrar amb els anys aquest sentiment com una trampa de la seua ment, com un autoconvenciment per a no haver d'enfrontar-se a situacions que li generen ansietat.

Desde entonces llevo trabajando con psicólogos. Ahora soy súper consciente de todo lo que hago que lo perpetúa, de todas las evitaciones que hago que lo que hacen es perpetuar esto. Son una evitación en toda regla: no exponerte al estímulo desagradable por no tener ansiedad cuando eso es justamente lo que hay que hacer para superar ese miedo. Cuando no te enfrentas lo que haces es multiplicarlo porque te estás confirmando continuamente que la seguridad está en tu casa, te estas confirmando esa creencia errónea.

Al llarg de les nostres converses utilitza contínuament un llenguatge mèdic i psicològic per a significar el seu malestar, per a explicar-me'l, quelcom que queda patent a partir de conceptes com: “perpetuación de las evitaciones”, “creencias erróneas” o “estímulos desagradables”.

Una referència obligatòria en el seu relat sobre els inicis del seu malestar agorafòbic és la mort de la seua mare quan Laura tenia 28 anys. Arran d'aquest fet el seu mode de vida va canviar radicalment.

Yo me implicé mucho en la casa, porque claro, yo quería hacer todo lo que hacía mi madre. No quería que la casa se derrumbara porque tenía a mi abuela viviendo en casa, mi padre no sabía ni freirse un huevo, entonces cogí el rol de mi madre y simplemente trabajaba también y mi vida era trabajar y casa.

Va deixar d'importar-li eixir els dissabtes amb els amics, la seua prioritat es va convertir en la seua família: treball i casa, casa i treball. A partir d'ahí es van acurtar les distàncies per a Laura, passava mesos sense eixir del poble, fins que va arribar un moment en què no era capaç d'allunyar-se més de cinc o sis quilòmetres de casa.

En aquesta època Laura visitava de tant en tant el psiquiatra que li regulava la medicació que ja prenia per als atacs de pànic i l'ansietat. Amb el malestar relacionat amb allunyar-se de casa en augment, va decidir, a més, contactar amb una psicòloga pel seu compte. No

recorda exactament qui li va diagnosticar el trastorn d'agorafòbia, qui va descodificar el malestar que sentia en diagnòstic, però creu que va ser la psicòloga, amb la posterior confirmació del psiquiatra.

El relat de Laura dibuixa un mapa històric-corporal d'una xica de vint-i-pocs anys acostumada a eixir amb les amigues, anar a la discoteca del poble o de València, viatjar, que de manera gradual en poc més de dos o tres anys comença a tancar-se en casa i es converteix en la corporalització 30 anys més jove del que havia sigut la seua mare. Aquest mapa ens deixa entreveure que allò que podria donar explicació mèdica al malestar que viu Laura és la narració d'una sèrie d'experiències no normatives per a una persona com ella: una xica jove que deixa de viatjar, que deixa d'eixir amb les amigues i es queda a casa és hui, seguint la dicotomia mèdica plantejada per Canguilhem (1971), una persona més a prop de la patologia que de la normalitat.

Tot i que Laura es manifesta com una “dona” científicament pragmàtica en allò que té a veure amb el seu trastorn, possiblement a causa del context acadèmic en què s'ha format, com una persona capaç d'explicar mèdicament i psicològicament, i sols així, el seu malestar, en el seu relat experiencial hi ha espai per a l'articulació de resistències a una normativitat social que fins i tot ella entreveu.

Hay cosas que no me gusta hacer y no me apetece hacer y no es por la agorafobia, es posiblemente porque no es mi personalidad así. Por ejemplo ir a la playa o hacer algún viaje pues esas cosas sí. Irme de discoteca hasta las 6 de la mañana cuando era más jovencita me apetecía pero ahora ya no, no hace falta obligarme a eso porque sé que no es por culpa de la agorafobia sino porque mis prioridades cambian y hay cosas que hacía antes y ahora no me apetece hacer. Y también hay que aceptarse un poco como eres y si no me gustan las multitudes, ¿qué?

Laura deixa en evidència de manera incansable al llarg del seu relat que una de les maneres a partir de les quals ha significat i gestionat el seu malestar i posterior diagnòstic és la cerca d'informació. Comenta que les fonts d'informació de què s'ha nodrit són principalment fonts mèdiques i científiques, i que en aquest procés ha tingut molt a veure el seu camí acadèmic i professional.

Como yo a partir de tener ataques de pánico y ansiedad me puse a leer y a leer...yo tenía ataques de pánico antes de estudiar psicología, entonces yo en la carrera pues leía también sobre este tema, aprendí cosas.

3.1.1.3. “He desperdiciado mi vida”

Gabriela acaba de complir 51 anys. Viu en un poblet de l'interior de l'Estat espanyol del qual no vol dir-me el nom. Des de joveneta és administrativa, però a causa del seu malestar va deixar de treballar fa més de 10 anys. Actualment viu gràcies a una ajuda que obté de l'Estat adjudicada en raó d'un problema familiar que no vol especificar-me.

Contactem a partir del grup de Facebook “Agorafobia”. És ella la que m'escriu a mi per privat, ja que ha vist una publicació en què jo explique el meu treball i el meu interès per contactar i conversar amb les persones del grup. En un primer moment em sembla decidida i es mostra disposada a compartir amb mi la seua història. Intercanviem uns quants missatges privats i quedem de parlar un dia per *skype*. Des del principi del nostre encontre virtual note que alguna cosa ha canviat respecte a la seua disposició a contar-me i compartir amb mi la seua experiència amb el trastorn agorafòbic. Quan a penes hem intercanviat dues o tres paraules m'ho deixa clar: “a mí es que estas cosas de Internet me dan mucho miedo, no me siento segura hablando y contando mi vida por aquí y que luego se publique en otras páginas”. Li explique que el meu treball res té a veure amb publicar coses per Internet, que es tracta d'un treball acadèmic, anonimitzat, i que si en algun moment no se sent còmoda no hi ha cap problema de deixar-ho. A contracor accepta contar-me “algunas cosas”.

Potser per la seua inseguretat, potser per la distància física que ens separa, em costa prou connectar amb ella. Quan portem no més de 15 minuts parlant, de sobte, em diu que ha de marxar i que m'escrirà un altre dia per a parlar. No insistisc.

Passen quatre o cinc dies fins que m'escriu un missatge privat per Facebook i m'explica que accepta continuar parlant amb mi però que prefereix fer-ho, aquesta vegada, per telèfon: “me siento más segura si sólo oyes mi voz y no hay imágenes”. Li conteste que no hi ha cap problema i quedem, definitivament, de cridar-nos el matí següent.

La primera cosa que m'explica quan ens cridem per telèfon és que es troba en una etapa de cansament i resignació respecte al seu trastorn agorafòbic, ja que cada vegada té més clar que: "he desperdiciado mi vida". Recorda els inicis del seu malestar així:

Pues yo de pequeña vivía en Madrid y cogía el metro para ir al colegio todos los días, quedaba con compañeros y nos íbamos juntos al colegio, y una vez no sé si es que me fui sola o, no me acuerdo exactamente, pero me dio un ataque de pánico en el metro. El primero que recuerdo yo así fuerte de estar súper mal, de correr, de estar a la desesperada, y ese es el inicio de todo. Yo creo que tendría 12 o 13 años.

Després d'aquest primer atac de pànic en van seguir molts, cada volta més intensos. En poc de temps va deixar d'eixir al carrer. En eixos moments no va acudir a cap metge, m'explica que en aquella època no se sabia massa respecte als atacs de pànic i que en cap moment va pensar de posar-se en mans mèdiques: "simplemente lo dejaba pasar pensando que algún día acabarían". Va ser 10 anys després dels inicis del seu malestar quan va recórrer per primera volta a l'assistència mèdica.

El primero que recuerdo haber ido tendría veintitantos años yo y, no sé, me mandaba como técnicas de relajación y una vez sí que estuve en urgencias porque tenía muchas taquicardias y me dieron tranquilizantes, pero es que o yo no me explicaba bien o no me entendían o en esa época era disntinto, no lo sé.

En aquell moment el metge li va explicar que estava estressada i nerviosa, i que amb exercicis de relaxació aconseguiria que els atacs de pànic pararen i poder tornar a tenir "una vida normal". Res de tot això va passar per a Gabriela.

No va ser fins als 31 anys que va sentir per primera volta la paraula "agorafobia" de boca d'una psicòloga que, després de poques sessions, li va diagnosticar aquest trastorn. Després de dues dècades patint el mateix malestar: "conseguí explicarme qué es lo que me pasaba".

3.1.1.4. "Toda una vida con la agorafobia"

Als seus 56 anys, Pepa porta, com ella mateixa expressa, "toda una vida con la agorafobia". Viu a València amb el seu marit i el seu fill. Ha començat a treballar fa dos mesos després de més de 10 anys parada a causa del seu malestar. Ho ha fet de la mà del seu germà xicotet

que li ha oferit un lloc de treball en la immobiliària que regenta. Com que el seu germà coneix la seua situació, em comenta, ha estat fàcil poder-li demanar unes condicions de feina que no requerisquen que s'allunye massa de la zona on té l'oficina; ja que la seua major dificultat hui en dia esdevé allunyar-se de llocs que considiera segurs o llocs en què hi ha gent coneguda i de confiança per a ella.

Contacte amb ella perquè reacciona amb un "m'agrada" a l'escrit que publique al grup "AGORAFOBIA, NOS AYUDAMOS", al qual ella pertany, en què explique el meu interès per contactar amb persones amb el mateix trastorn que jo. Li escric i li propose que ens vegem, ja que les dos vivim a València, o ens cridem un dia per a parlar. Accepta de seguida, li dona molta confiança que jo també siga valenciana. Després de dos intents frustrats de quedar, finalment em crida per telèfon i comencem així a conèixer-nos.

Tenia 25 anys la primera vegada que va sentir "esa sensación extraña que me daba cuenta que me pasaba cuando iba a cruzar una calle, pero tampoco le di mucha importancia". Va aconseguir aguantar un temps aquestes sensacions fins que...

Un día iba en un autobús y empecé a sentirme que me ahogaba y me fui al hospital más cercano porque pensaba que me estaba dando algo, y ahí me diagnosticaron que tenía una crisis de ansiedad y ahí fue cuando yo dije "¿y ahora cómo me vuelvo a mi casa?", es cuando me dio miedo de volver a mi casa sola.

Uns anys després el seu metge de capçalera la va derivar a un psiquiatra que li va diagnosticar "esa enfermedad" que li costa anomenar.

Encara que els metges mai ho han relacionat, cosa que ella no entén, Pepa associa el seu malestar amb la malaltia del còlon irritable que pateix des que és menuda.

Yo antes de esto he tenido un colon irritable, entonces también me costaba salir a la calle porque yo, alomejor estamos aquí tú y yo hablando la mar de bien y a mí de repente me entra un dolor de barriga muy grande y tengo que ir al baño. Entonces también eso empezó a ocurrirme en la calle, bueno, no en la calle, me ocurría en cualquier sitio: en el trabajo, en la calle y conduciendo. Entonces ese miedo a mí ya empezó a condicionarme mucho.

Com ella mateixa explica, ha aconseguit fer “una vida más o menos normal”. L’únic element en la seua vida que ha interromput i interromp aquesta normalitat és la feina.

Es que yo se lo decía siempre al médico, si yo tuviera un puesto de trabajo como el suyo que siempre es el mismo y estás ahí siempre trabajando yo creo que tampoco hubiese tenido ningún problema, porque yo también me siento segura en sitios conocidos, es el traslado el problema.

Sense deixar de banda la importància de l’element de la feina remunerada, significa el seu malestar i trastorn com un “problema de la vida que vivimos ahora”. Un problema que identifica de manera constant en tota la seua narració a partir de l’articulació feminitat/actualitat/treball tal com expressa al següent extracte:

A ver, quizás lo han tenido antes pero la vida que vivían antes no es la vida que vivimos ahora. Yo también lo he pensado. Yo, por ejemplo, mi madre trabajaba, pero mi abuela por ejemplo no trabajaba y las de antes menos aun, imagino, entonces yo pienso que también es que antiguamente tampoco podían tenerlo porque si lo tenían como donde vivían era donde, tampoco se salía tanto como salimos ahora, no tenemos tantos medios como ahora. Yo me imagino que las pobres eran, estaban en casa con sus niños y como mucho a la escuela y comprar en el barrio, entonces si lo cogían pienso yo que ni lo notarían, porque esto habrá existido toda la vida.

Ser conscient i experimentar en carn pròpia aquesta realitat “que viven muchas mujeres”, l’ha portat a empatitzar amb figures femenines literàries i fílmiques que abans detestava com “la bruja o la uraña”. Personatges femenins tancats en casa i amb mal humor que potser no estan confinats per voluntat, sinó que, tot i que en les pel·lícules i llibres apareixen així, potser “no sabía nadie el problema que tenían, que eran como nosotras”.

3.1.1.5. “Mi cabeza hizo pum, y dejé de salir de casa”

Sílvia té 33 anys i viu a Paiporta, València. Tenim un parell d’amics de Facebook en comú, i això facilita que accepte parlar amb mi. El nostre encontre telefònic acaba sent llarg i molt fluid; és una xica clara, no té cap problema de contar-me la seua vida en detall, fins i tot el que ella anomena “momentos escabrosos”.

És la major de quatre germans, els seus pares es van separar quan ella era xicoteta i fa poc ha tornat a viure amb la seua mare a causa dels seus malestars que li impedeixen estar sola. Fa poc més d'una setmana es va assabentar que la seua àvia era esquizofrènica i està molt afectada amb aquesta notícia: pensa que no li ho han volgut dir abans perquè és una persona molt hipocondríaca i es preocuparia. Efectivament, està molt preocupada amb la possibilitat de poder heretar aquesta malaltia.

Sílvia es defineix com una persona nocturna: “prefiero salir a la calle de noche porque ya no hay gente, ya no hay tráfico y estoy mucho más segura y mucho más tranquila”. A banda de la nit, l'altre element que la defineix és l'activisme. Fa 10 anys que participa en el moviment animalista, inclinació activista que hui en dia compagina amb l'administració del grup de Facebook “Agorafobia”, una tasca que ha assumit amb molta responsabilitat i il·lusió. S'identifica com a malalta i problematitza que, malgrat la seua assumpció i identificació, l'Estat no la reconega com a tal: “No entiendo por qué a una persona esquizofrénica o a un ex yonky se le de una paga y a una persona agorafóbica no. Yo llevo 3 años sin poder trabajar”.

Va ser diagnosticada d'agorafòbia als 13 anys quan va començar a patir atacs d'ansietat i rebuig a eixir al carrer, a agafar transport públic, a pujar en cotxe i a les grans aglomeracions.

Yo recibí una paliza a los 13 años. Estuve recibiendo acoso y amenazas por defender a un familiar. Venían a la puerta del instituto a esperarme, yo tenía que recoger a mis hermanos que eran pequeños. Y resulta que después de pegarme la paliza, que al final me la pegaron, me dijeron que todavía no habían acabado conmigo y que iban a volver. Entonces ahí fue cuando mi cabeza hizo *pum*, y dejé de salir de casa.

Sílvia dibuixa la seua trajectòria amb l'agorafòbia com una muntanya russa, plena de pujades i baixades, temps de benestar i recaigudes. El pitjor moment el va viure amb 19 anys: “tuve una crisis que estuve 9 meses sin salir de mi habitación. Ahí es cuando hablamos de una cosa seria”.

Quan tenia 20 anys va viure un dels moments que determinaria i assentaria la seua por als espais i els mitjans de transport públics: estava present a la línia de metro de Jesús el dia que un comboi de Metrovalencia va descarrilar i va causar la mort a més de 40 persones. Per sort

ella estava en l'estació esperant un altre metro, però aquesta vivència la va marcar tant que: "ahí le declaré la guerra al metro".

3.1.2. Atenció en les persones diagnosticades d'agorafòbia

Tota malaltia, tot diagnòstic, porta com a conseqüència un procés assistencial. Com ressaltàvem al marc teòric, entenem per atenció formal l'assistència a persones malaltes procurada pels professionals i les institucions sanitàries (Comelles, 2000).

Quan parlem, en canvi, de cura informal, ho fem sent conscients que aquesta categoria general inclou altres termes similars com cures familiars, cures no professionals o cures llegendes i profanes (Haro, 2000). Aquest concepte es refereix a les cures que familiars i persones pròximes presten a la persona que viu un determinat patiment per tractar d'alleugerir-la, curar-la, etc. Per a autors com Comelles (2000), tot i no ser aquestes cures un dispositiu formal, esdevé qüestionable que es qualifiquen com a informals o profanes. També resulta pertinent en aquest punt recuperar el concepte d'autoatenció (Menéndez, 2003, 2018), sent aquesta una categoria analítica paraigua que inclou altres conceptes com autocura o autogestió, com aquelles representacions i pràctiques que la població utilitza com a subjecte i grup social per a, a més de diagnosticar i explicar, atendre, alleujar o solucionar els processos que afecten la salut-malaltia sense la intervenció central de curadors professionals, encara quan aquests poden ser la referència de l'activitat d'autoatenció.

3.1.2.1. Atenció formal

Carla troba el seu principal suport hui en dia als seus malestars en la seua psicòloga. Amb ella ha après a no posar-se etiquetes, quelcom que li satisfà.

El recorregut de Carla amb l'assistència o atenció formal ha esdevingut treballós. Al poc de començar a patir malestar en el carrer, quan tenia 16 anys, va deixar d'anar a la psicòloga que la tractava per a l'anorexia i li havia diagnosticat agorafòbia perquè sa mare deia que costava massa diners. Va tornar als 19 anys quan va començar a treballar.

Quan jo la vaig conèixer acudia a teràpia *reichiana*, una teràpia fundada pel psicoanalista Wilhelm Reich centrada en la interacció entre la tensió muscular, les sensacions corporals, els traumes psíquics i el caràcter. Aquesta teràpia li va funcionar durant un temps, sobretot li va servir per a recuperar-se de la ruptura amb la seua parella i per a canviar dinàmiques relacionals, però no la va ajudar a reduir la seua ansietat ni a superar la por a quedar-se sola i al carrer.

Li van recomanar provar la teràpia cognitiu-conductual, però la primera experiència amb aquest tipus de teràpia no li va resultar gens satisfactòria.

Pues mira, fui una vez y me decía que teníamos que ir en metro, porque yo el tren y el metro no lo piso, de hecho me saqué el carné de coche para no pisar ni el tren ni el metro porque lo paso fatal, o sea, me es totalmente innecesario en mi vida el tren y el metro, y ella se empeñó “vamos a ir en tren hasta que se te quite” y yo decía “hombre, es que pienso que no es tan importante para mí como otras cosas, por ejemplo poder dormir sola”. Es que el tren a mí, si algún día tengo que ir en tren pues lo cogeré y me aguantaré y lo pasaré mal o alomejor me busco un taxi o alomejor me busco un coche, yo que sé, me buscaría la vida, o sea, que no es obligatorio, pero lo de dormir sola pues sí porque es que lo necesito.

Fa uns mesos va decidir donar-li una segona oportunitat a aquest tipus de teràpia arran de la popularitat que ha assolit els últims anys, i actualment es troba esperançada amb ella. Diu tenir clar que aquesta és l'única manera d'eixir de l'agorafòbia.

Una queixa que es repeteix en la narració de Carla, i a la qual al·ludeix amb facilitat al llarg de l'entrevista, té a veure amb la part farmacològica del tractament mèdic per a l'agorafòbia: “No quiero tomar pastillas porque pienso que esto no es de tomar pastillas”. Identifiquem ací una clara resistència a la medicació, una resistència que no es difícil identificar en moltes “dones” medicalitzades i que ha inspirat una de les principals línies feministes en l'estudi del gènere i la salut (Ordorika, 2009).

Quan vaig conèixer a Laura fa quatre anys, i malgrat la seua vocació i professió en psicologia, havia decidit deixar d'anar a teràpia psicològica i acudir únicament al psiquiatra perquè li controlara la medicació.

Yo tengo muy poca fuerza de voluntad, me cuesta mucho arrancar. Prefiero estar tranquila en casa que exponerme aunque sé que al final lo único que me va a curar es la exposición, exponerme a los síntomas, pero siempre busco excusas para no tener que hacerlo.

Quatre anys després, quan ens retrobem, el primer que em conta és que ha tornat a anar a teràpia. El seu malestar està ara principalment atés per la seua parella i la seua psicòloga, aquesta última com a representació principal dels agents formals. Laura valora d'una manera molt més positiva l'atenció psicològica que la psiquiàtrica.

Y mira que he ido a psiquiatras, he probado un montón, nunca he parado de buscar información y nunca he encontrado un psiquiatra que tenga... o sea, saben a b c de estas cosas. Yo supongo que es como en todo, ellos han estudiado medicina y lo único que saben es medicar. Sí que saben que lo que mejor funciona es la terapia psicológica, porque ellos sí que te lo recomiendan, pero no tienen una sensibilidad de saber lo que te pasa, sólo saben los síntomas... a b c.

Pel que fa a Gabriela, no ha tingut massa bona experiència ni amb els psiquiatres ni amb les psicòlogues/psicòlegs que l'han assistida en la seua agorafòbia. Va acudir per primera volta a un psiquiatra que també li feia psicoanàlisi als 23 anys: "pero me hacía un psicoanálisis muy raro, incluso me tiraba los trastos, entonces eso fue peor el remedio que la enfermedad". No va voler tornar a sol·licitar atenció formal fins quasi 10 anys després. En aquest cas va acudir a una teràpia que sí que va aconseguir ajudar-la però el cost de la qual era massa elevat per a ella. Va durar a penes uns mesos amb aquesta terapeuta i va ser ella la primera persona que li va anomenar la paraula "agorafòbia". Des d'aleshores ha anat a moltíssimes teràpies més però no aconsegueix acabar-ne cap.

Cuando me dicen que me enfrente no puedo. En terapia no se puede hacer más. Ninguna terapia me ha funcionado más a nivel de agorafobia porque empezaban las

exposiciones graduales y yo ya no podía. Me ayudaban a nivel de autoestima y eso pero de la agorafobia no.

Al llarg de la seua narració Gabriela destaca contínuament que l'atenció formal quan ella va començar a patir malestars amb el carrer no era tan comú com ara: “en aquella época no era normal ir al psiquiatra ni al psicólogo por estar como estoy ahora, era algo muy raro”.

Pepa va començar el procés assistencial formal del seu malestar acudint a la sanitat pública, però poc després va decidir canviar l'assistència pública per la privada.

Me pasé a la privada porque el problema de la seguridad social es que te dan cita cada mucho tiempo, y yo iba un mes y me decían que volviese a los tres meses y yo veía que no avanzaba, no por los médicos, eh, porque la verdad es que tenía una médica fabulosa, pero no los tienes accesibles. Yo me pasé al privado porque llamas y te atienden hoy o mañana.

Destaca, així, com a element del qual no pot prescindir en la seua assistència formal la rapidesa en l'atenció. S'ha sentit molt indefensa quan ha tingut una crisi i la metgessa o el metge no l'han poguda atendre immediatament i li han donat cita per a setmanes o mesos després.

Confia molt més en les metgesses i els metges que en les psicòlogues i psicòlegs. En els més de 40 anys que fa que està en tractament i assistència mèdica només ha recorregut a la teràpia psicològica en una ocasió i es va decebre.

El psicólogo, él te dice que ya estás bien y te manda un *pendrive* de estos en los que te ha grabado una cinta de relajación, pero que a ver, hoy en día yo misma entro en el *Youtube* y me descargo una cinta de relajación y no hace falta más.

Actualment, i com que està vivint una bona època en què sent que es troba millor, ha decidit optar únicament per l'automedicació, un tipus al cap i a la fi d'autoatenció (Menéndez, 2003, 2018). Continua prenent la medicació que li va receptar l'últim psiquiatra al qual va assistir fa anys, una medicació que no vol deixar per por de recaigudes, però no ha tornat a acudir a consulta mèdica perquè el psiquiatra li controle o regule aquesta medicació perquè creu que

ella, que coneix el seu malestar i ha pres tants i tants medicaments, s'ho regula i controla millor que ningú.

Per últim, Sílvia es troba vivint una època de canvis en la seua atenció formal. Acaba de canviar de psiquiatra i de psicòloga. Respecte al psiquiatra, creu que la relació metge-pacient s'havia trencat possiblement a causa d'una pèrdua de confiança d'ella. Pel que fa a la psicòloga, explica això:

Llega un momento en el que yo no la dejaba avanzar ni yo me dejaba avanzar a mí misma. Yo siempre he ido a psicólogos públicos, pero esta vez la verdad es que me lo costeó mi padre y tampoco me hacía a mi gracia que llevamos ya tres mil y pico euros y la cosa estuviera así.

Al llarg de tots els anys que està vivint amb el seu malestar i diagnòstic ha experimentat tot tipus de relacions amb la seua atenció formal: ha confiat cegament, s'ha decebut, l'han ajudada i els ha abandonat unes quantes vegades. El dia que conversem acaba de començar amb la seua nova psicòloga i es troba molt confiada i esperançada: “yo creo que esta vez sí”.

Els relats de les entrevistades respecte a l'atenció formal són molt diversos, tan diversos com diverses són elles. Si haguérem d'establir, però, un itinerari comú diríem que: totes elles han comptat amb assistència per part de professionals de la psiquiatria i la psicologia, totes han deixat en algun moment dels seus processos amb l'atenció formal la teràpia psicològica, o per cansament, o per no obtenir els resultats esperats, totes han estat en algún moment dels seus processos assistencials medicades, i totes estan d'acord amb la creença que la seua recuperació passa pel tractament i l'assistència mèdica. Es confirma la tesi de Menéndez (2003, 2018) que afirma que l'atenció més practicada hui en dia és, juntament amb l'autoatenció, l'atenció biomèdica.

En un plànol discursiu i pràctic menys alineat amb el paradigma biomèdic trobem també coincidències entre algunes de les informants. Parlem, per exemple, de les mostres de rebuig o oposició de Carla cap a la medicació o de Carla, Laura, Gabriela i Pepa, en alguns moments de les seues narracions, cap a la teràpia psicològica.

3.1.2.2. Atenció familiar

Al llarg de més de 20 anys de malestars Carla s'ha sostingut principalment en la seua mare: "sólo quería estar con mi madre". La figura de la mare cuidadora en el relat de Carla és una mostra del que, d'acord amb Silvia Bofill (2006), es reproduïx en la majoria dels nuclis familiars amb persones malaltes a l'Estat espanyol, açò és, que la major part de les xarxes de suport es localitzen en l'àmbit privat, el que es denomina suport informal o cura informal, i dins d'aquesta privacitat, el rol de cures continua recaient quasi de forma exclusiva en les "dones".

Si Carla ha aconseguit eixir de casa és sobretot gràcies a la seua mare. Quan ni tan sols se sentia capaç de trepitjar el replà de la seua casa:

Mi madre me decía: venga, bájate al portal que yo cojo el telefonillo y en cuanto estés bajo yo te abro el portal y subes. Así unas cuantas veces. Luego me iba a la esquina, mi madre desde la ventana me miraba y yo la miraba, así unas cuantas veces y así poco a poco.

Poc després, i en haver deixat l'institut, la seua mare la va inscriure en una acadèmia de perruqueria que estava a cinc minuts de distància de sa casa. La seua mare treia el cap per la finestra i ella aconseguia així, veient-la i sentint-se vista, avançar cada dia un poc més fins que va aconseguir poder arribar-hi.

En conjunt, i segurament sense saber-ho, la mare de Carla va atendre el malestar de la seua filla aplicant el que hui és el principi per excel·lència de la teràpia hegemònica per al tractament d'agorafòbia: l'exposició pautaada. L'atenció informal de la seua mare va resultar en Carla molt més profitosa que l'atenció formal que havia rebut fins al moment de metgesses/metges i psicòlogues/psicòlegs, tant que: "Si no hubiera sido por mi madre yo ahora mismo estaba en casa encerrada toda la vida".

Un profit, però, que es pot interpretar així, i mai menysprear, en termes biomèdics, però que potser és necessari repensar en el relat de Carla acudint a Ivan Illich (1975). Carla admet que la seua mare és una "dona" molt pràctica però poc emocional.

Ella no es amor, es práctica. Yo he tenido fiebre y a mi madre se le ha ido la vida en cuidarme, me han operado y me ha bañado. Es muy práctica y es muy madre, eso siempre lo diré, que nunca me ha faltado de nada de ropa y de comida, pero emocionalmente sí que me han faltado cosas.

En aquesta línia Illich aposta per rescatar elements de l'assistència tradicional a la salut. Recuperar unes cures tradicionals que consideraven, a més dels elements més materials, procediments com consolar, reconfortar, acceptar o tolerar (Illich, 1975).

Recordar l'atenció prestada per la seua mare provoca en Carla sentiments oposats, ja que reconeix no tenir actualment, ni haver tingut mai, una bona relació amb ella. M'explica la seua relació amb els seus pares així: "Mi padre siempre me ha escuchado y apoyado, y ella no. Mi madre es muy buena y yo sé que me quiere, pero emocionalmente...".

Té molt mal record de la reacció de la seua mare als inicis dels seus malestars. En comptes de tranquil·litzar-la quan tenia un atac d'ansietat, sa mare s'enfadava i li recriminava que sols volia cridar l'atenció. Des d'aquells moments: "Le cogí un asco, era amor/odio, la necesitaba pero la odiaba a muerte y el necesitarla me hacía odiarla más todavía".

També recorda amb angoixa la reacció de sa mare a la seua petició d'ajuda psicològica: "Yo sé lo conté cuando ya llevaba yendo cuatro meses porque mi madre piensa que los psicólogos no ayudan, que es mentira todo". Durant tots els seus anys de tractament amb diferents psicòlogues, sempre que una d'elles li ha demanat que fora sa mare a parlar amb ella, la mare s'ha negat, i aixó és quelcom que Carla no li perdonarà mai.

Un episodi especialment difícil per a Carla en la relació amb la seua mare ha estat la tornada actual a casa: "Una noche me empezó a dar un poco de ansiedad, entonces como yo tenía la llave de mi casa pues me vine e intenté entrar y mi madre echó el cerrojo para que no entrara". Va ser la tia la que va mediar perquè Carla poguera tornar a casa quan es va quedar amb pocs diners per a pagar el seu propi lloguer. La condició que la mare va posar a la tornada de la filla va ser que havia de tornar calladeta i sense fer bregues. Des que va tornar, Carla acompanya tots els dies la seua mare a l'hospital a la radioteràpia per al seu càncer amb el propòsit de guanyar-se-la. Té clar que la seua família l'ajuda en moltes coses però no emocionalment perquè: "Soy la rara, la loca de la familia".

Un element que pot semblar *a priori* tangencial, però que Carla subratlla com a fonamental en els seus processos d'atenció i, sobretot, d'autoatenció és el seu gos, un gos que ha de donar ara en adopció al tornar a viure amb la seua mare ja que aquesta no el vol a casa: “Acogí un perrito así yo le ayudo a él y él me ayuda a mí”. Carla destaca en la seua relació amb el seu gos la importància del concepte d'ajuda mútua, tenint un efecte important aquesta reciprocitat en la seua autoestima a partir de l'ajuda que pot oferir ella.

Me satisface mucho el haberle ayudado, tiene un montón de problemas porque tiene muchos miedos, tiene problemas en la piel que no saben muy bien lo que le pasa. Le estoy educando, cuidando, enseñando. Y él también conmigo está aprendiendo, estamos los dos ahí.

Per la seua banda, Laura i Gabriela afirmen, les dos, haver rebut molt poca atenció per part de les seues famílies. En el cas de Laura, la seua mare va morir quan ella feia poc que començava amb el seu malestar, i del seu pare ha hagut d'estar ella la principal cuidadora. Respecte a l'única germana que té, mai s'ha sentit entesa per ella pel que fa a la seua agorafòbia. Quant a Gabriela, el principi dels seus malestars va coincidir amb la separació dels seus pares i, en eixa situació, ni ella es va sentir mai amb la confiança suficient com per a contar el que li passava, ni va notar cap tipus d'interés pels seus problemes per part dels seus pares. Va decidir contar el que li passava, anys després de la mort dels seus pares, als seus germans per carta. Creu que ells no l'han entesa mai ni l'entenen ara, que pensen que és una vaga que no acudeix a les reunions familiars perquè no vol.

Pepa, de manera semblant a Carla, s'ha sentit sempre més segura respecte a la seua agorafòbia amb la seua mare: “Yo me he sentido siempre segura con la persona que yo sabía que si me iba a poner mal me iba a llevar a urgencias”. A banda de la seguretat conferida per la seua mare, és conscient que ha aconseguit gestionar la seua vida quotidiana amb la seua agorafòbia gràcies als seus pares.

A ver, yo la suerte que he tenido es que mis padres tenían la horchatería, entonces yo lo que hacía es que por las mañanas yo llevaba a mi hijo y luego a mi hija al colegio, luego

me iba a la horchatería con mis amigas a desayunar y luego yo me iba a trabajar, mi punto de vuelta seguro era la horchatería a comer y luego ya por las tardes no trabajaba y recogía a los nenes y me venía para casa. Pero yo no estaba en casa, yo estaba en la horchatería de mis padres, entonces eso a mí me ayudó mucho porque ellos estaban siempre allí conmigo y siempre hay gente, siempre hablas con alguien.

A més dels seus pares, l'altre eix familiar en l'assistència de Pepa ha sigut i és el seu fill. El seu fill li brinda una assistència que pren principalment la forma de l'acompanyament tal com ho narra Pepa ací:

Mi hijo para que me lleve y acompañe a los sitios, mi marido es que no conduce, mi padre también conduce, y tú vas buscando las personas que necesitas en cada rango. Entonces mi hijo ya conduce entonces yo ahora necesito irme al campo o necesito algo y yo le digo "Gonzalo, porfa" y él me acompaña.

En un primer moment de la conversa amb Sílvia, el seu relat respecte a l'atenció al seu malestar per part de la seua família s'assembla al de Laura i Gabriela: "Mis principales apoyos nadie. Es muy duro porque mi madre no cree en la psicología, mi madre es de la vieja escuela". La relació amb la seua mare no ha sigut mai massa bona en general, però pel que fa a la seua agorafòbia mai ha sentit el suport d'aquesta. Actualment ha tornat a viure a casa de la seua mare perquè no pot estar sola, però té clar que "el alquiler que yo pago por vivir bajo este techo es el alquiler más caro de la historia porque lo pago en salud".

A mesura que avancem en la conversa, a mesura que ens obrim les dos, Sílvia reconeix que ha tingut la sort de poder comptar des dels inicis del seu malestar amb la comprensió i el suport emocional i material d'una de les seues germanes. A més de la seua germana, i de manera paral·lela a com ho articula Carla en la seua narració, Sílvia s'ajuda i se sent ajudada pels seus gossos: "nos entendemos y nos ayudamos mutuamente". Amb els seus gossos, i gràcies a ells, aconsegueix eixir cada dia de casa quan no té ganes ni energies, amb ells i per ells s'allunya de casa i passeja pels carrers foscos de València cada nit.

Com es pot observar en els relats de les informants, a excepció de Pepa, totes remarquen elements negatius en la seua atenció familiar. Aquests elements agafen majoritàriament la

forma de: carències, absències, incomprensions o judicis de valor. També apareixen algunes valoracions positives normalment concentrades en les figures femenines (mares i germanes). Cal destacar, així mateix, l'aparició en els discursos de dues de les entrevistades d'elements familiars secundaris que han resultat imprescindibles en la gestió del seu malestar com són els gossos.

Tal com apunten autors i autores com Comelles (2000) o Bofill (2006), la major part de les cures informals es concentren en l'àmbit familiar, sent usualment les famílies les primeres a detectar, tractar i alleugerir els malestans patits pels subjectes. Dins de les famílies, a més, i sobretot quan parlem d'una atenció al malestar que sol requerir cures, són les "dones" les que de manera majoritària compleixen amb aquesta tasca d'atenció (Bofill, 2006). Aquesta màxima es confirma en el nostre treball a partir de discursos com el de Carla, que fonamenta la relació amor/odi amb la seua mare a partir de la dependència que pateix cap a ella, o el de Pepa la vida quotidiana de la qual no hauria pogut ser compatible amb la seua agorafòbia sense l'atenció, principalment, de la seua mare. Fins i tot en narracions com la de Laura podem intuir el principi del què ens parla Bofill (2006), en tant que qualifica d'absent l'atenció al seu malestar per part de la seua família a causa, fonamentalment, de la mort de la seua mare.

3.1.2.3. Atenció i amistats

Quan tractem el tema de les relacions socials, Carla assegura que aquest ha estat un aspecte molt problemàtic també per a ella arran del seu malestar. Destaca una amiga que va fer en l'institut, que vivia darrere de sa casa, com la persona a la qual sempre cridava quan estava sola, amb la qual eixia quan tenia entre 15 i 18 anys i un dels seus suports en aquella època. El balanç que fa de les seues relacions socials és, però, negatiu. Afirmar ser un poc antisocial, li agrada estar amb gent coneguda però no fora d'eixe cercle perquè se sent incòmoda i li fa vergonya mostrar-se com és. Reconeix, a més, ser ella la que posa distància amb les seues amistats perquè...

Me parece abusar y no quiero, a no ser que me encuentre muy mal y le digo de quedar, nos tomamos una Coca-Cola, le cuento cualquier tontería, o se lo cuento así un poco por encima, pero ya está, no cuento a nadie nada. Yo hablo con mis amigas pero de la ansiedad solamente hablo con mi psicóloga. Porque nadie te entiende.

Laura destaca de les seues amigues el paper que compleixen en l'atenció del seu malestar, un paper que, tot i esdevenir llec, està encaminat a alleujar i solucionar el seu malestar mitjançant estratègies com l'exposició molt utilitzades per l'atenció formal.

Sí, ellas siempre se ofrecen a hacer exposiciones conmigo: ¡vamos aquí!, ¡vamos a comprar no sé qué! Siempre están ofreciéndose a hacer exposiciones conmigo, lo que pasa es que me agobian, me siento agobiada por esa presión, pero la verdad es que muy bien, estoy muy contenta con mis amigas.

Com assenyala Menéndez (2003, 2018), l'autoatenció utilitzada a nivell subjecte o grup social pot incloure dimensions o referències biomèdiques, i aquesta part queda molt ben evidenciada en el relat de Laura que hem vist, a partir de l'exposició conductual que realitza amb l'ajuda de les seues amigues, i també en el de Gabriela que vorem a continuació.

Gabriela afirma haver-se sentit en general poc entesa per les seues amistats en els anys que fa que pateix la seua agorafòbia. Les seues relacions socials s'han vist molt afectades arran del seu malestar i diagnòstic: “ponía excusas y creo que la gente pensaba que no quería ir”. Amb tot, reconeix tenir la sort de poder comptar en l'actualitat amb el suport d'una amiga que l'anima i l'ajuda en aquests moments en què està costant-li especialment eixir de casa: “me voy a Madrid en bus y ella me va a esperar en la parada y así voy haciendo cosas”.

Com les amigues de Laura, i la mare de Carla en l'apartat anterior, l'amiga de Gabriela l'espenta i l'ajuda a eixir de casa acompanyant-la en l'exposició a les situacions que li generen por i ansietat, principi per excel·lència com hem dit abans, aquest de l'exposició, de la teràpia psicològica cognitiu-conductual hegemònica hui en dia per al tractament de l'agorafòbia.

Pepa no li ha contat mai a les seues amistats els malestans que pateix, no ho ha fet per vergonya i perquè creu que no l'entendrien mai. Sí que va poder confiar i rebre el suport, en canvi, de les seues companyes de feina d'un treball que va tindre fa 10 anys, i aquest suport

va resultar necessari, ja no emocionalment sinó materialment, perquè poguera desenvolupar la seua tasca.

Encontré un trabajo de hacer encuestas, era por la calle, pero tuve la suerte de que tuve unas buenas compañeras y como ese trabajo no lo haces sola sino que lo haces acompañada, pues eso a mí me ayudó mucho el ir con alguien, y encima personas que entendían lo que yo tenía.

Per últim, Sílvia és l'única de les entrevistades que assegura no haver comptat amb el suport i l'ajuda de cap amista al llarg dels seus 20 anys de malestar. Per una banda atribueix aquesta falta d'atenció informal a la imatge que genera en les seues amistats la seua agorafòbia.

No me he podido apoyar en nadie más porque la gente cuando lo cuentas te fusila, porque para la gente realmente eres una vaga que no quiere hacer nada y una mala amiga que nunca está dispuesta a nada. Y a nada me refiero a coger e ir, porque al teléfono soy la primera que está al teléfono sean las 3 de la mañana o sean las 6.

Recorda, a aquest respecte, quan tenia 13 o 14 anys i començava a patir malestars al carrer com la gent la mirava de manera estranya perquè anava al psicòleg i escoltava comentaris com: "ostia, la loca esta".

Per altra banda, assumeix part de la responsabilitat de la seua falta d'atenció informal i de la disminució de les seues relacions socials.

Mis amigas son todas de mi edad y todas están con hijos, casadas, separadas, pero todas tienen chiquillos, entonces cuadrar con ellas es horrible, pero también te digo que vienen a verme. Lo que pasa es que falta que a mí me apetezca que alguien venga porque me tensa mucho. Solo de pensar que he quedado con una persona yo ya me tenso.

La dualitat manifesta al relat de Sílvia és un bon compendi del que detectem si assumim les narracions de les entrevistades en conjunt. En aquesta anàlisi agregada trobem dues

dimensions, no necessàriament contraposades sinó perfectament fluides i enllaçades en relats com el que hem vist de Sílvia, respecte a l'articulació de les relacions d'amistat (i l'atenció informal proferida com a conseqüència d'aquestes relacions) amb l'agorafòbia. Una primera dimensió podria explicar-se d'acord amb la idea de Christina Maslach (1982) que afirma que cuidar cansa físicament, emocionalment i mentalment, sobretot a aquelles persones que assumeixen un rol de cuidador principal, podent arribar, fins i tot, a “cremar-se” o claudicar. En aquesta línia trobem una por latent en moltes de les entrevistades al fet que les seues amistats no les entenguen, les jutgen o, fins i tot, es cansen de les seues situacions, una por que porta com a conseqüència principal el silenci per part de les persones afectades com és el cas de Carla que prefereix “no abusar de nadie” amb els seus malestars. Per altra banda, identifiquem una segona dimensió que transforma l'aparent passivitat de la dimensió anterior (són els altres els que es cansen d'elles) en un posicionament actiu corporitzat a partir de pràctiques o actituds com no voler quedar (són elles les que no volen o a qui no els abelleix quedar). Identifiquem fàcilment aquesta dimensió en les narracions de Laura o de Sílvia.

3.1.2.4. Atenció i parelles afectivosexuals

Als 18 anys Carla va començar a eixir amb un xic. Crida l'atenció com en el seu relat utilitza aquest fet per a donar per finalitzada una etapa en què el model d'atenció informal principal estava protagonitzat, malgrat les circumstàncies ja explicades, per les seues amigues per a passar a una etapa en què la principal font d'atenció i cura informal passen a ser les seues parelles afectivosexuals. Recuperant el fragment de la seua narració en què em parlava de la relació de suport que tenia amb la seua amiga de l'institut, identifique aquesta transició: “Salíamos, yo me iba con ella y la verdad es que ella era mi apoyo, pero luego con 18 años o así empecé a salir con un chico”.

A partir d'ací comença una part especialment significativa en el relat de Carla: el paper que han complit les relacions afectivosexuals com a model d'atenció informal en el seu procés de malestar. Explica que quan no té parella és una “dona normal”; treballa, enfronta les seues coses, els seus problemes, però que en el moment en què comença una relació amorosa: “necesito ser una víctima y que él sea un protector ultrasalvador”. Malgrat aquesta diferència entre estar en parella i no estar-ho, Carla assegura que: “Siempre he buscado a alguien. Yo

siempre busco personas que parecen seguras pero no lo son, o sea, parejas que son muy absorventes, muy dependientes de mí porque yo también soy muy dependiente”.

Reconeix que la seua agorafòbia ha esdevingut una conjuntura perfecta per al desenvolupament d'un rol masculí protector per part de les seues parelles, sempre masculines. Als tres novios que ha tingut els ha contat la seua situació i açò ha acabat servint per a augmentar la seua dependència: “Yo cuando tengo una pareja y les cuento el problema me hago todavía más dependiente porque es como que puedo permitirme tener miedo porque él va a estar ahí”.

Aquesta percepció ens obliga a posar un cop d'ull en la difusa línia que per a Carla, com per a moltes persones afectades de malestars, separa el suport de la dependència. Encara que gràcies a les seues parelles anava al cinema, a centres comercials, es deixava portar pensant que eren “salvadors omnipotentes” i res li passaria amb ells, com ella mateixa reconeix: “Ninguno se implicó, o sea, es que en realidad creo que ninguno vio la gravedad del asunto. De hecho mi primer novio me dijo que yo le había pegado la ansiedad”. Parla sobretot de l'últim xic amb qui va tenir una relació de 5 anys que finalment, i de manera traumàtica, va finalitzar ell. Aquest xic va ser un dels motius pels quals va decidir, després d'una aturada, reprendre la teràpia psicològica: “era bastante, bastante agresivo verbalmente”. Va ser en aquesta teràpia quan va començar a pensar que tenia un problema seriós en la manera de relacionar-se afectivosexualment, ja que “mis otros dos novios eran iguales”. La referència de Carla en el seu relat a la cerca de parelles masculines protectores en el context de les seues pors i dificultats, parelles que en algun moment han arribat a esdevenir nocives i negatives per a ella, ens porta a reflexionar sobre si en el marc d'aquest malestar i diagnòstic val tot per tal de no estar o sentir-se sola.

La psicòloga a la qual anava Carla quan la vaig conèixer, fa quatre anys, era una professional molt reconeguda a Madrid, realitzava sovint cursos i escrivia també llibres, motius pels quals Carla la va buscar. Aquesta psicòloga li va dir que el que estava vivint amb la seua parella era maltractament psicològic, i treballant amb ella Carla va entendre que en les seues relacions afectivosexuals heterosexuales, entre “dona” i “home”: “Siempre hay un desnivel. Para que uno suba para arriba el otro tiene que bajar un poco para abajo”.

En un moment d'aquella conversa de fa quatre anys, Carla feia un *flashback* a la seua infància per tractar d'explicar les seues demandes quant a relacions afectivosexuals a partir d'un hipotètic concepte d'Èdip. Aquesta referència, allunyada de la seua essència psicoanalítica, és capaç d'explicar, millor si cap, la interpretació a partir de Connell (1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018) i de les seues teories de gènere (les relacions entre masculinitats i feminitats identificables en la producció, la *Cathexis*, el poder i el simbolisme) que es podria fer del relat de Carla.

Yo siempre le digo a mi psicóloga que busco un hombre como era mi padre. A mi padre no le gustaba que mi madre trabajara, mi padre siempre trabajaba muchísimo y mi madre siempre estaba sola aquí con nosotras. Mi padre era bastante machista. Pobrecito, a ver, él era lo que habían hecho con él, se había adaptado a sus circunstancias.

Actualment Carla sent ja quasi superada aquesta dinàmica afectiva gràcies a aquella psicòloga que la va tractar fa quatre anys: “Ahora busco chicos de otra manera. Ahora por ejemplo me gusta un chico y no tengo esa obsesión con él. Que sale bien bien, que sale mal, pues bueno. Pero ya no busco ese tipo de chicos controladores, celosos...”

En la conversa fa quatre anys amb Laura, i referent als processos d'atenció, ella expressava que em considerava una persona afortunada per poder comptar amb una parella que poguera acompanyar-me i ajudar-me en la gestió del meu malestar. Des dels inicis del seu malestar i posterior diagnòstic agorafòbic, Laura mai havia tingut una parella estable. Afirmava haver-se construït una cuirassa afectiva en ser conscient que el seu malestar esdevenia un hàndicap per a qualsevol persona que volguera compartir la seua vida amb ella. Tampoc li agradava la idea d'haver d'explicar el que li passava a ningú. Reconeixia sentir-se pressionada socialment per ser una “dona” de 33 anys sense parella, una pressió que detestava.

Quatre anys després, quan em conta que ha tornat a anar a teràpia i a confiar en els agents formals en la seua atenció m'ho explica així:

A raíz de que empecé con mi pareja empecé a ir a terapia otra vez: si no lo quiero hacer por mí al menos lo tendré que hacer por él. Y hacemos exposición: voy hasta Valencia acompañada, pero la verdad es que yo sola me está costando alejarme de casa. Yo estoy un poco peor que cuando hablamos. Pero para mí es un logro bajar a Valencia porque hacía años que no lo hacía: ahora con la terapia algún día voy al teatro, otro día voy al centro comercial...

Hui en dia Laura assegura que el seu malestar està principalment atés, juntament amb la seua psicòloga, per la seua parella.

El discurs de Gabriela respecte a les seues relacions afectivosexuals i al paper que aquestes relacions han jugat en l'atenció a la seua agorafòbia es molt semblant al de Carla. Gabriela adjectiva contínuament al llarg de la seua narració aquestes relacions com a depenents.

Empecé a salir con un chico y ya empecé a ser dependiente, porque con este chico, me venía a buscar, me llevaba y me traía y bueno, yo tampoco le decía exactamente lo que me pasaba pero bueno, como era mi pareja se supone que era normal. Y entonces evitando muchas situaciones y buscándome estrategias.

Reconeix haver-se sentit “obligada” per la seua agorafòbia a mantenir relacions afectivosexuals amb “homes” perquè amb ells se sentia més protegida, més segura, i tenia companyia per a eixir i poder anar a llocs on sola no aconseguia ni aconseguir anar.

De hecho, ya te digo, últimamente me viene a la cabeza ponerme en contacto con mi última pareja un poco también por eso, por decir, es que claro, con él no estaba bien pero salía más. Pero tampoco quiero hacerlo porque sé que tampoco es una pareja que me hacía feliz ni yo le hacía feliz a él, entonces solamente por tener un acompañante me parece injusto para esa persona y para mí.

Com Carla, assegura que la seua agorafòbia ha beneficiat l'assumpció per part de les seues parelles d'un rol masculí de protecció i salvació.

Les ha beneficiado en plan de hombres salvadores y protectores, eso sí, yo se lo he puesto muy fácil para sentirse ellos pues eso, como más como que les necesitaba. Me

impongo menos alomejor que otras mujeres, no soy muy autoritaria, los dejo a su aire. Soy más de escuchar que de hablar, entonces ahí se han sentido cómodos por eso.

També com Carla, admet haver-se vist abocada pels seus malestars a relacions amoroses insatisfactòries i, fins i tot, perjudicials per a ella.

Este último que me decía que no valía para nada, me bajaba mucho la autoestima. Me ha criticado. Me acompañaba pero no me apoyaba, me metía mucha caña y no me entendía. Me he sentido muy incomprendida con él.

Gabriela es definex com a submissa en les seues relacions amb els “homes” “por culpa de la agorafobia”. Quan no ha pogut més, quan s’ha rebel·lat a aquesta submissió, ha acabat sempre separant-se de les seues parelles. Li desagrada aquesta submissió, així com la idea de seguretat i benestar que associa únicament amb els “homes”, però reconeix tenir aquestes creences molt arrelades.

Siempre me he sentido más segura al lado de un hombre... y eso es un mensaje que me ha llegado de mi madre. Yo tenía amigas pero no era igual que con un hombre. No me gusta nada pensar así pero son las creencias que tengo, los mensajes que me han llegado: hay que casarse, formar una familia. Y yo ahora soy un bicho raro porque estoy separada y no he tenido hijos.

Actualment, fa quasi 3 anys que no té parella. En aquests tres anys ha tingut moments per a deconstruir les seues creences, i altres per a voler fer-les realitat. Amb tot, té clar que no vol estar amb una parella sols perquè siga el seu acompanyant: “A mí me gustaría una relación desde la libertad y estar con una persona porque quieres estar, no porque necesites un apoyo”.

Les experiències amoroses de Pepa i Sílvia en relació amb la seua agorafòbia són molt diferents de les que hem vist fins ara. Ambdues sempre han sentit molt el suport de les seues parelles masculines i aquestes han jugat un paper d’atenció molt important en el seu malestar. Pepa confirma que el seu marit ha entés sempre la seua agorafòbia i l’ha acompanyada físicament i emocionalment sempre que ho ha necessitat. Destaca alguna discussió puntual amb ell, sobretot en les èpoques en què menys eixia i pitjor es trobava:

“cuando me encontraba mal y lo decía, mi marido decía “ya estabas tardando en decir que te encuentras mal” y a mí eso me molestaba, hubiese preferido que me hubiese preguntado si quería ir al médico o algo”, però les atribueix al dia a dia de qualsevol parella i valora per damunt de tot la paciència del seu marit. Pel que fa a Sílvia, des que va començar a patir agorafòbia sempre ha tingut parella, no la mateixa, però sempre ha estat en una relació amorosa. Totes les seues parelles han entés i portat molt bé el seu malestar, i li han donat suport quan ella l’ha necessitat. Malgrat les seues bones experiències en general quant a l’articulació de les relacions amoroses amb la seua agorafòbia, confesa que en diverses ocasions ha hagut de prendre la decisió de trencar amb alguna relació perquè pensava que la seua agorafòbia podria perjudicar-la: “Si yo sentía que a ellos les iba a venir grande era como que adiós”.

Observem als relats de les entrevistades quatre tipus de dinàmiques afectives/amoroses convertides en línies discursives respecte a l’articulació en les seues vivències de les seues relacions amoroses i la seua agorafòbia.

Carla i Gabriela parlen de dependència, d’autoobligació a estar en parella per a no estar a soles i de relacions desiguals i perjudicials. Aquestes argumentacions ens porten de ple al concepte de gènere de Connell (1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018) com l’estructura desigual de relacions entre el masculí i el femení, una estructura susceptible de ser compresa i analitzada a partir de les relacions afectives i sexuals, el que Connell anomena *Cathexis*. Però, a més, relats com el de Carla ens permeten endinsar-nos encara més en la teoria d’aquesta autora i en el seu treball sobre les masculinitats. Carla afirmava fa quatre anys que en les seues relacions afectivosexuals:

Yo busco hombres, como yo le digo, muy hombres, hombres que no se depilen, que sean hombres, no se cómo explicártelo. Que tengan trabajos físicos, que sean protectores, yo busco ese rol.

Connell (1995) defineix la masculinitat com un producte històric que fixa en un moment determinat un tipus ideal, la masculinitat hegemònica, un tipus ideal al qual li corresponen unes característiques físiques, emocionals, unes pràctiques i una posició en les relacions de gènere que Carla descriu a la perfecció a partir dels seus gustos i la seua experiència.

Aquesta masculinitat, adverteix l'autora, però, no necessàriament correspon a la majoria dels "homes".

Una altra referència discursiva que trobem, en aquest cas en els relats de Laura i Gabriela, és la de la relació afectivosexual o amorosa fruit de la necessitat o pressió social. Laura afirma haver-se sentit pressionada socialment abans de conèixer la seua actual parella per ser una "dona" de 33 anys soltera. Gabriela, per la seua banda, reconeix sentir-se com un "animalot" raro per ser una "dona" separada i sense fills.

En les narracions de Laura i Sílvia identifiquem un fil discursiu que ens parla de l'agorafòbia com un hàndicap, com un obstacle en l'establiment i manteniment de les relacions de parella. Per a Laura l'agorafòbia és una malaltia que dificulta no sols conèixer gent sinó, també i sobretot, establir una relació de parella duradora en tant que la persona agorafòbica es converteix en una persona tancada (físicament i emocional), insegura i fràgil: "la inseguridad y fragilidad son también un inconveniente para poder estar bien con alguien". Sílvia, en la mateixa línia, ha pensat en moltes ocasions que mantenir una relació amorosa en les seues circumstàncies pot portar a arrossegar l'altra persona a una vida insatisfactòria: "yo he roto relaciones para no arrastrarlos".

Per últim, reconeixem en discursos com els de Laura, Pepa i Sílvia una articulació de les relacions amoroses i l'agorafòbia en termes positius principalment pel que fa a l'atenció. Aquestes tres entrevistades asseguren sentir-se, o haver-se sentit en determinats moments de les seues vides, volgudes per les seues parelles, enteses i molt satisfetes amb aquesta comprensió i assistència.

3.1.2.5. Atenció en els Grups

Vaig conèixer a Carla a partir dels grups "Agorafobia" i "AGORAFOBIA, NOS AYUDAMOS" de Facebook. Va ser una de les poques persones que es va interessar fa quatre anys pel meu treball i va accedir a conversar amb mi, així que una part important de la nostra conversa gira al voltant d'aquests espais: "Sinceramente yo los busqué porque me sentía tan sola que necesitaba saber que había alguien que no pensara que era una vaga como pensaban en mi casa".

Els grups no sempre li han vingut bé, alguna volta ha llegit comentaris de gent que està en una situació molt adversa respecte al seu trastorn, també comentaris molt catastrofistes que Carla taxa de “barbaridades”, que li han augmentat la por respecte al seu present i li han llevat esperances respecte al seu futur agorafòbic. La psicòloga li ha demanat que abandone aquests grups, cosa que Carla no ha fet perquè considera que en conjunt aquests grups han complert una funció important en el terreny de l’atenció al seu malestar sobretot quant a l’ajuda mútua.

Laura va entrar a formar part dels grups “Agorafobia” i “AGORAFOBIA. LOS INVISIBLES” tenint com a principal pretensió la cerca d’informació i l’ajuda mútua. Reconeix que tot i que al principi estava contenta amb els grups, els trobava útils, a mesura que ha anat passant el temps s’ha desencantat, arribant fins i tot a pensar que pertànyer a aquestes comunitats li feia més mal que bé, una creença que han reforçat les seues amigues i la seua psicòloga. El principal motiu que troba per a explicar aquest desencant és la sensació del fet que les persones participants en aquestes comunitats virtuals estan ubicades en una posició massa negativa, catastrofista i dramàtica, una posició que ella qualifica de victimista i amb la qual no s’identifica.

Yo es que he hecho mucho trabajo de crecimiento personal y el victimismo es la peor medicina que puedes tener. Yo soy de las que creo que todas las cosas pasan por una razón y para mí esto es un aprendizaje que todavía no he comprendido bien qué tipo de aprendizaje es, me falta extraerle el jugo, pero esto yo pienso que me va a hacer más fuerte, que es una cosa que tengo que trabajar y que me va a hacer más fuerte y que me va a dar un aprendizaje de vida. No me siento víctima, a cada uno el aprendizaje en su vida le viene de una manera: a uno le viene en enfermedad. No me siento víctima de mi enfermedad.

A mesura que conversem i posem en comú les nostres experiències en les comunitats virtuals de persones agorafòbiques, expressa que una de les coses que més li disgusta i que menys entén d’aquestes és la ignorància i desconeixement de moltes persones participants cap al seu malestar i diagnòstic, persones que “no tienen ni idea de lo que tienen que hacer”,

una postura totalment oposada a aquella des de la qual Laura ha gestionat la seua agorafòbia.

Pel que fa a Gabriela, va arribar al grup “Agorafobia” de Facebook buscant per Internet. Estava convençuda que amb la quantitat de comunitats virtuals de malalties i trastorns que hi ha a Internet, en trobaria una de persones agorafòbiques. Els principals motius pels quals va entrar en el grup van ser dos: la cerca d’informació, “información sobre la enfermedad de gente que la esté pasando y la haya superado”, i les possibilitats de conèixer una altra gent que haja passat pel mateix. Destaca d’aquests grups la quantitat d’informació diversa que ofereixen d’una mateixa malaltia, quelcom que ella valora com a positiu perquè a partir d’eixa informació ha pogut conèixer coses sobre l’agorafòbia que no sabia així com anar provant els *tips* que millor s’adapten als seus malestars.

Des que li van diagnosticar agorafòbia, Pepa ha estat buscant associacions i grups d’ajuda mútua per a persones amb el seu mateix trastorn a partir dels quals conèixer millor el que li passa i com millorar els seus malestars. Concep les associacions i/o grups com una agrupació de persones amb un mateix problema de salut i de professionals que saben tractar-los, per tant enfoca la utilitat d’aquests en allò que té a veure amb l’atenció des d’una visió relacionada amb l’atenció formal i les i els professionals sanitaris.

Entonces mi amiga siempre me ha dicho que no entendía como aquí no hay una asociación como hay asociaciones de parkinson, asociaciones de muchas enfermedades, cómo que aquí no teníamos una asociación de esto y gratuita, bueno, aunque pagáramos una cuota tendríamos ahí profesionales expertos que se dedicaran a esta enfermedad. Porque, a ver, el psiquiatra toca muchas cosas, hay muchas enfermedades de psiquiatría, pero esto ¿cómo no tenemos una asociación como hay de alcohólicos?

Es va assabentar d’una associació que estava en un poble proper a València, on viu ella, però li resultava molt difícil poder acudir donades les seues dificultats amb l’espai públic. Finalment, va trobar per casualitat buscant a Internet el grup “AGORAFOBIA, NOS AYUDAMOS” i va decidir afegir-s’hi. Afirmar que se li queda curt quant a atenció que no hi

haja en aquest grup cap professional que pugui orientar-la en un àmbit expert, però reconeix que li agrada llegir comentaris de gent que està com ella, veure com ho gestionen i agafar idees.

També per casualitat va ser com Sílvia va arribar al grup “Agorafobia”: “Me dió por poner “agorafobia” en Facebook y lo encontré, yo sola”. Des de fa uns mesos l’han feta administradora del grup.

Los administradores me enviaron una petición de si quería ser administradora y me han dado el poder de moderar conversaciones, de eliminar y sacar miembros si insultan o tal y de seleccionar a la gente que quiere entrar al grupo. Si hay obscenos o gente curiosa, por así decirlo, o gente dañina, se elimina y fuera. Eso le da también una parte de seguridad, es como un salvavidas a la otra persona porque sabe que hay alguien dando la cara que lo va a respaldar. Yo he visto comentarios y a la mínima, ese tío se ha ido fuera.

Va decidir acceptar ser administradora perquè, després d’anys d’activisme en diferents grups animalistes, es una ferma defensora de la lluita col·lectiva: “yo creo mucho en los grupos”. Considera pertànyer al grup com un acte valent de reafirmació identitària necessari per a visibilitzar moltes de les injustícies que pateixen com a malaltes i malalts.

Com Carla i Laura, Sílvia admet que en ocasions llegir determinats comentaris del grup ha sigut perjudicial per a ella: “me han acabado de hundir”, però destaca, per damunt de tot, la possibilitat d’ajuda mútua que ofereix aquesta comunitat virtual, una possibilitat que ella assumeix de manera responsable.

Si estoy bien o cuando tengo un buen día que estoy mentalmente estable me meto a ayudar, pero lo que no voy a hacer es cuando estoy con todo el bajón, puedo pedir ayuda, eso me lo permito, pero lo que no puedo hacer es ponerme a leer comentarios porque hay comentarios que me terminan de hundir. Yo a veces me digo: Sílvia hoy no estás para nadie, ni siquiera para tí. Si entras en el grupo es para desaprobar más que para aportar, hoy no entras. Pero luego si tengo un buen día, sí digo: voy a hacer un vídeo por la calle, voy a andar dos calles más y lo voy a subir al grupo para animar, tal y cual.

Per a totes les entrevistades, d'una manera o d'altra, aquests grups han complit i/o compleixen una funció assistencial en la gestió de la seua agorafòbia, i és precisament per aquesta funció que autors com Roger Burrows *et al.* (2000) han anomenat aquest tipus de grups com a “comunitats virtuals d'atenció”.

Identifiquem diversitat en els seus discursos quant al paper assistencial que han complit les comunitats virtuals de persones agorafòbiques en les seues experiències i vivències singulars, però també trobem “lugares comunes” en les seues narracions a aquest respecte. Alguns d'eixos “lugares comunes” parlen dels grups com una arma de doble fil que pot perjudicar i ha perjudicat els seus malestars, així ho expressen Carla, Laura o Sílvia als seus relats.

Però si alguna cosa destaquen per damunt de tot les entrevistades respecte a la funció d'atenció que han complit els grups en el seu malestar és el profit que els han brindat a partir de: la identificació amb altres persones que experimenten el mateix i permet que no se senten i se sàpiguen soles, la informació que possibilita, entre altres coses, una significació/resignificació de l'agorafòbia com quelcom més divers del que entenien abans de pertànyer als grups, i l'ajuda mútua que ha alleugerit determinats moments de crisi i els ha permés sentir-se enteses, valorades i acompanyades.

A aquest respecte, el del funcionament de les comunitats virtuals de persones agorafòbiques com a grups d'ajuda mútua que a partir d'aquesta ajuda, de la informació, l'enteniment, la identificació, etc., esdevenen per a les persones que hi participen uns espais de significació i vivència del trastorn agorafòbic, aprofundim al següent apartat.

3.1.3. Les nostres Comunitats Virtuals com a GAMs

Els GAMs es caracteritzen, tal com assenyala Canals (2003), per constituir un espai en què es permet: desenvolupar el suport mutu en el pla emocional, redefinir la situació viscuda i de vegades la pròpia identitat, i intercanviar ajuda entre els seus membres, una ajuda que inclou la transmissió i construcció de nous sabers i habilitats de tipus pràctic.

Els darrers anys les comunitats virtuals d'atenció han assolit un protagonisme crucial com a canal a través del qual els subjectes, cada volta més, gestionen els seus malestars. Un protagonisme susceptible de ser explicat a partir de l'observació de Comelles (2000) segons la qual la demanda i oferta d'atenció als problemes de salut no es crea ni es destrueix, sinó que es transforma.

En aquest apartat tractarem de descobrir si les comunitats virtuals de persones agorafòbiques, concretament els tres grups de Facebook que analitzem i dels quals les cinc entrevistades són usuàries, funcionen com a GAMs i de quina manera ho fan.

3.1.3.1. Suport emocional i ajuda mútua

Una de les possibilitats que ofereixen les comunitats virtuals per a les seues usuàries i usuaris és l'obtenció d'ajuda fora de l'àmbit professional amb la qual gestionar el malestar. Com hem vist a l'apartat anterior, les entrevistades valoren molt aquest benefici.

Segons Canals (2003), perquè un grup o una comunitat funcione com una comunitat o grup d'ajuda mútua ha d'implicar: 1) una relació entre iguals; 2) igualtat entre les persones participants basada en la vivència compartida d'un mateix problema, i; 3) parlar no de compartir un problema sinó de compartir una història d'un mateix problema, una història que no és reduïble a l'anamnesi, sinó que abasta les vivències, experiències i circumstàncies associades al problema, inclosa ací l'experiència de relació amb les i els professionals i els serveis. A més, en una relació d'ajuda mútua, assenyala l'autor, són imprescindibles l'equivalència i l'horitzontalitat, unes condicions que han de ser complementades amb la confiança i identificació entre les persones participants. Als següents extractes podem veure com les entrevistades troben en els grups elements com la identificació o el fet de compartir una mateixa història dels quals ens parla Canals: "Lo que más me gusta de los grupos es tener una persona que te entienda, que le cuentes tu historia, que le digas "pues yo he pasado por aquí y por allí" y alomejor ella que te diga "yo también, ¿qué has sentido?" (Pepa, grup 2); "A mí los grupos me han servido para no sentirme tan sola, ver que realmente hay gente que también convive con esto" (Sílvia, grup 1).

Tal com suggereixen Giles i Newbold (2013) en la seua investigació sobre persones usuàries de comunitats en línia sobre salut mental, i com confirmen Pepa i Sílvia ací, el reconeixement compartit, germen de l'enteniment i la comprensió que es troba en les comunitats virtuals d'atenció i suport mutu, i no fora d'elles, és un dels elements més valorats en aquests espais.

La funció de suport és la finalitat menys qüestionada, per part del sistema biomèdic, de totes les que se li podrien reconèixer en les comunitats virtuals. El suport emocional i l'intercanvi de mostres d'ajuda que s'ofereixen a través de les relacions virtuals, diuen Jan Marco Leimeister, Karin Schweizer, Stefanie Leimeister i Helmut Krcmar (2008), poden contribuir al fet que les persones participants afronten millor la seua malaltia. Vegem a aquest respecte les experiències de dos de les entrevistades.

Una vez me quedé sola en casa y puse: ¿por favor alguien me puede llamar?, estoy muy agobiada. Y Julio, uno de los administradores del grupo AGORAFOBIA, NOS AYUDAMOS, me dijo: Carla, mándame tu teléfono y te llamo. Y me llamó y me dijo que para eso estamos, para ayudar y tal. Me vino genial. En ese momento que sí les necesité ahí estaban. (Carla, grups 1 i 2)

Una vez, hace unas semanas, hice una exposición que me fui a una boda y era un poco lejos y sí que puse un post diciendo lo que tenía que hacer y tal, y todos ahí apoyándote, que la verdad es que a veces va bien, el sentirte que hay gente como tú. Yo creo que es lo que más ayuda, el sentir que no soy la única, no soy un bicho raro, y que hay gente que lo ha superado. Eso ayuda un montón. (Laura, grups 1 i 3)

Me gustaba porque me sentía útil y que ayudaba. Alomejor alguien ponía que necesitaba alguien con quien hablar, y alguna vez ayudé a alguien que se encontraba mal y le di animos (Laura, grups 1 i 3)

En relació amb l'últim extracte exposat de Laura, en què parla no sols de l'ajuda demandada sinó també de l'oferida, podem comprovar com, seguint l'estudi sobre xarxes socials i suport en línia per a la salut de Jar Eun Chung (2014), la provisió d'ajuda a altres persones emergeix com una motivació important per a fer ús de les comunitats virtuals. Ajudar i no sols ser ajudada, un fet que, a més i segons aquesta autora, pot ser empoderant en tant que l'acte de suport pot oferir la sensació de considerar-se a si mateixa una persona millor i més útil.

La indiosincràsia pròpia de les comunitats virtuals permet, a les persones que participen en elles, beneficiar-se del suport dels seus iguals des de paràmetres distints als de la trobada clínica. Parlem ací sobretot de les característiques de la immediatesa i l'accessibilitat. Així, aquestes comunitats no repliquen l'atenció sanitària professional, sinó que afegeixen una capa d'immediatesa temporal que no apareix tradicionalment en altres formes d'atenció (Tucker i Lavis, 2019), i aquesta immediatesa esdevé molt i molt valorada per persones com les agorafòbiques que pateixen estats de malestar amb períodes de crisi no sempre predictibles, tal com s'observa al relat de Sílvia:

Como hay gente de todo el mundo es una pasada porque realmente cuando tu necesitas hablar y pones en el grupo: necesito hablar; da igual la hora que sea porque siempre hay alguien en el grupo. Entonces aunque aquí sean las 5 de la mañana, en otro sitio a lo mejor son las 10 de la mañana y te habla y es que te salva (Sílvia, grup 1).

Com que els períodes de crisi del malestar no sempre coincideixen amb la possibilitat de contacte amb els serveis professionals, les usuàries busquen suport addicional o alternatiu a través de la immediatesa de la comunicació en línia. Ian Tucker i Anna Lavis (2019) van més lluny amb aquesta idea, afirmant que la pròpia immediatesa del suport en línia renova l'experiència de la malaltia o el malestar.

3.1.3.2. Transmissió d'informació

En un món cada vegada més connectat, la informació sobre salut i malestar pot intercanviar-se en qualsevol moment i en qualsevol lloc, el que suposa que deixi d'estar totalment controlada per les fonts tradicionals i autoritzades de sabers sobre la salut (Stevenson et al., 2019). En aquest context, informants com Gabriela afirmen que un dels principals motius pels quals es van afegir a les comunitats virtuals de persones agorafòbiques va ser "buscar información sobre mi enfermedad".

Les comunitats virtuals poden ser apreciades, així, com a ferramentes útils, a més de per al suport, per a l'obtenció d'informació (Thompson, 2012). Aquest paper informacional alternatiu al sistema expert oficial, fa que des de les files de la biomedicina s'apel·le contínuament a un necessari control i vigilància de les informacions que circulen en Internet que, segons les

veus biomèdiques, haurien de passar pel filtre de veus “expertes” (Nettleton, Burrows i O’Malley, 2005).

Amb tot, que les comunitats virtuals d’atenció emergisquen com una de les fonts informacionals alternatives als encontres biomèdics, no significa sempre que operen a l’esquena d’aquests. De fet, en la nostra anàlisi observem dues dinàmiques respecte a les relacions de les entrevistades amb la informació, sent la primera d’elles, molt present en part dels relats de Laura o Sílvia, aquella en què les informants acaten i respecten la jerarquia informacional dirigida per l’autoritat de les i els professionals de la medicina.

Yo cuando he tenido sesiones con mi psicóloga y me ha dado fichas, las he estado leyendo y he dicho; esto al grupo le va a venir genial. Y las he colgado en el grupo (Sílvia, grup 1)

Sentía que podía ayudar contando mi experiencia sobretudo en farmacología, porque como he leído mucho y también estudié en la carrera mucho sobre farmacología pensaba que podía ayudar con mis conocimientos, y luego también pensaba que podía sacar información para mí de cosas interesantes (Laura, grups 1 i 3)

Laura pertany a dues comunitats virtuals de persones agorafòbiques principalment perquè, de tant en tant, pengem coses interessants “en plan artículos científicos” a partir dels quals pot conèixer més coses de la seua malaltia i de com gestionar-la. Des de fa poc, però, ha trobat una pàgina a Internet editada per l’associació madrilenya d’agorafòbia que segueix amb més interès, doncs: “ahora prefiero seguir paginas más rigurosas más que de grupos de chats y cosas de esas”.

Encara que, com hem assenyalat, la funció informacional que hem destacat fins ara de les comunitats en línia no opera necessàriament a l’esquena del discurs biomèdic, aquestes comunitats compleixen amb un altre tipus de funció no tan alineada amb el paradigma biomèdic, i es converteixen en context per a lectures i posicionaments no autoritzats sobre la malaltia que arriben a qüestionar les narratives professionals. Signifiquem així aquestes comunitats com a espai per al sorgiment de lectures alternatives sobre la salut i el malestar, a partir de les oportunitats que ofereix la tecnologia per a accedir a informació relacionada amb la salut i construir, amb ella, narratives del propi cos i els propis malestars (Holland, 2019).

D'aquesta manera, en les narracions de les entrevistades no resulta difícil trobar lectures sobre l'agorafòbia allunyades de les narratives biomèdiques, i fins i tot que les qüestionen. Un exemple d'aquests posicionaments alternatius són la negació a medicar-se de Carla, l'automedicació de Pepa o la resistència a les teràpies cognitiu-conductuals de Laura i Gabriela.

3.1.3.3. Redefinició de la identitat

Segons afirmen Giles i Newbold (2013), les comunitats virtuals emergeixen com espais en què les categories diagnòstiques són reconvertides en categories identitàries. A partir de l'equivalència i confiança construïda sobre la identificació basada en una història compartida, el grup defineix la seua pròpia identitat, resignifica el problema compartit i fa possible la reconstrucció de la identitat deteriorada dels seus membres, i fins i tot la reformula sobre altres paràmetres (Canals, 2003). D'acord amb aquesta idea, Sílvia assegura conèixer més de la seua malaltia pel grup de Facebook a què pertany que pel que diuen els metges.

Porque es que estás hablando de igual a igual. Un médico, ellos te hablan y te hablan bien pero te hablan desde una parte que ellos no han vivido. Y cuando tú hablas con una persona que realmente está pasando lo mismo que tú, es que a mí se me abren las carnes, porque es que habla con verdad y habla con conocimiento de causa. Todo el mundo dice que tiene que ser jodido: tú te lo imaginas, nosotras lo sabemos. (Sílvia, grup 1).

Tal com afirma Canals (2003), els GAMs generen les seues particulars narratives, dins de les quals els components del grup se situen i interpreten els seus propis processos de canvi i adaptació. En aquest pla, els GAMs esdevenen entes productors d'ideologia. Aquest component ideològic pot ser molt variat, apunta l'autor: des de la concepció de renàixer que trobem en *Alcohólicos Anónimos* i altres grups semblants, fins a posicionaments d'afirmació identitària radical que qüestionen qualsevol ingerència medicalitzada, passant per formes d'empoderament descobertes en el procés d'identificació mútua, resignificació de la malaltia i cerca d'una nova posició en el món. En el nostre cas no trobem sols una narrativa, o una narrativa única, sinó diverses narratives o narratives plurals que resignifiquen les vivències de les entrevistades i les resituen en el món. Vegem el cas, per exemple, de Laura. En un

moment de la conversa amb Laura em conta, amb el que em sembla una mescla entre confessió i revelació, que des d'aquest últim any pertany també a diverses comunitats virtuals de PAS (Persones Altament Sensibles). A partir de la informació obtinguda per unes companyes del grup "AGORAFOBIA. LOS INVISIBLES", d'uns tests que aquestes li han passat i uns articles i unes investigacions científiques que els donen suport, s'ha autodiagnosticat aquest tret de la personalitat, del qual diu que fins i tot les psicòlogues i psicòlegs en saben encara poc. A través d'aquest tret ha aconseguit donar-li una explicació a molts malestars que viu i que queden englobats dins de la categoria agorafòbica.

¿Por qué las sensaciones físicas me afectan tanto?, las PAS viven las cosas con más intensidad (sonidos fuertes, el umbral de dolor nos afecta más...). Yo por ejemplo al cine dejé de ir porque el sonido fuerte me agobia un montón, me satura, cuando hay mucha gente igual y es un rasgo de las personas PAS. Hay tanta energía moviéndose que tu sistema se satura, es una saturación de los sentidos (Laura, grups 1 i 3).

Aquesta confessió de Laura em torna de nou al concepte d'autoatenció també com les representacions que manegen els subjectes i els grups per a explicar els processos que afecten la seua salut. Per a Menéndez (2003, 2018) l'autoatenció esdevé el mitjà a través del qual els subjectes i els grups evidencien la seua capacitat d'acció. Pertànyer als grups de PAS, que ha trobat a partir d'un dels grups de persones agorafòbiques, esdevé una ferramenta amb què Laura interpreta els seus malestars i es resitua en relació amb la seua malaltia d'una manera diferent a com ho havia fet fins ara.

Per la seua banda, Sílvia admet que el grup "Agorafobia" li ha servit per a entendre l'agorafòbia d'una manera diferent a com l'entenia abans: "Me he dado cuenta aquí que dentro de la agorafobia hay muchas cosas, hay gente que tiene otros síntomas, que le pasa otras cosas. He aprendido que la agorafobia es mucho más de lo que pensaba". Pero a més d'açò, a partir de participar de manera activa en aquest grup es resitua com una "nova persona", se sent important i responsable i actua com a tal.

Quando quiero hacer un vídeo para colgarlo en el grupo, ahora me preocupo de cosas que antes no pensaba como hablar bien, de explicarme bien, de que me entienda todo el mundo. A veces ya no presto tanta atención a la agorafobia como a que el resto del grupo me entienda lo que quiero decir, conecte conmigo. Entonces eso creo que es un refuerzo muy positivo que tiene el grupo (Sílvia, grup, 1).

La identitat en els grups que analitzem esdevé, com hem vist fins ara, un component fluid, contingent, variable. Però la identitat agorafòbica també és en aquests grups un valor ideològic i d'unió, un valor autèntic i propi d'aquests grups que passa per un relat (o uns relats) concret de l'experiència del malestar (Horne i Wiggins, 2009). Les comunitats virtuals actuen en aquest context com un agent amb el poder d'establir els límits legítims de la definició de subjecte-participant (Yeshua-Katz, 2015), en el nostre cas de subjecte agorafòbic. A aquest respecte és molt eloqüent el discurs de Sílvia. Sílvia és, com hem dit, una de les administradores del grup de Facebook "Agorafobia". Com a administradora, ens explica que la seua funció és "moderar y controlar" a les persones que participen als grups, "porque hay mucha gente curiosa que ni es agorafóbica ni nada y solo está en el grupo para cotillear". L'objectiu d'aquest control és oferir seguretat a les persones que formen part del grup, però el que hi ha darrere també és una verificació de l'autèntica identitat agorafòbica com a mecanisme de protecció del grup. Açò ens suggereix, doncs, que parlar de comunitat virtual d'iguals implica, com en qualsevol altre grup social, l'existència de relacions de poder i comporta el risc de legitimar sobretot un tipus de lectures sobre l'experiència agorafòbica.

A partir de l'anàlisi de les narracions de les entrevistades que hem fet, i seguint la tesi de Canals, podem afirmar que els grups de Facebook de persones agorafòbiques que estudiem funcionen com a GAMs en la mesura que esdevenen un espai de suport emocional i suport mutu, de transmissió d'informació i de redefinició de la identitat i resituació en el món per les seues i els seus usuàries i usuaris.

A més, a partir del suport, la transmissió de sabers i la redefinició de la situació viscuda, els GAMs produeixen les seues particulars narratives (Canals, 2003), açò és, com a productors d'ideologia que són significuen i ideen d'una manera determinada la malaltia, trastorn o etiqueta que les uneix i defineix, en el nostre cas l'agorafòbia. En aquesta significació col·lectiva opera el marc estructural en què se situen els discursos dominants actuals sobre l'agorafòbica, és a dir, la biomedicina, però en aquest espai, a partir de les interaccions i dinàmiques que s'estableixen en ell, hi ha lloc per a l'emergència també de la creativitat i l'agència dels subjectes.

El que ens interessa a nosaltres arribades a aquest punt, tal com desenvoluparem al següent capítol, és descobrir com se significa el trastorn agorafòbic en aquests espais entre l'estructura i la creativitat, entre la norma i la resistència.

3.2. Els 10 manaments del discurs “agora-dona”

“Maestro, ¿qué he de hacer yo de bueno para conseguir la vida eterna? Al joven que le hace esta pregunta, Jesús responde primero invocando la necesidad de reconocer a Dios como “el único Bueno”, como el Bien por excelencia y como la fuente de todo bien. Luego Jesús le declara: Si quieres entrar en la vida, guarda los mandamientos”. (Reina Valera, 1969, Mateo 19:16-19)

3.2.1. Bloc 1: Diagnòstic “agorafòbia”

El diagnòstic d’agorafòbia és un diagnòstic oficialment mèdic. Les persones diagnosticades d’aquest trastorn han hagut d’experimentar determinat malestar, com a diagnosticades reben un tractament mèdic, la qual cosa les “obliga” o disposa a tenir una relació inexcusable amb el sistema biomèdic, i la majoria d’elles interioritzen aquest trastorn com a part de les seues identitats. Aquests quatre preceptes estan transformats ací en quatre de les deu lleis mèdiques o manaments del discurs agorafòbic produït a les comunitats virtuals que analitzem, i és a partir d’aquests que ens submergim en la dimensió mèdica de la patologia agorafòbica.

3.2.1.1. Primer manament: Rebràs tractament

La primera cosa que vaig fer aquell 11 de març de 2003 quan vaig començar a trobar-me malament de camí a la universitat, a veure borrós, a marejar-me i a notar ràpides les meues palpitations va ser acudir a un centre de salut. Tenia ben interioritzada des de xicoteta aquesta lògica: et trobes malament, doncs vas al metge. Em pregunte moltíssimes vegades què haguera sigut de mi, què haguera sigut del meu malestar si no haguera acudit aquell dia, i tants altres, a la consulta mèdica. Foucault (2001) va ser un dels que va posar l’accent en la medicalització cada volta més elevada de les conductes quotidianes. Des d’aquest paradigma, la medicalització esdevé el procés pel qual problemes humans es defineixen i es

tracten com a problemes mèdics (Conrad, 1992). Problemes humans com podria ser el meu malestar, hui definit com a agorafòbia, abans del segle XIX. En com de quotidià, accidental o provisional s'haguera pogut quedar aquest malestar si no haguera acudit al metge? Com de suportable haguera sigut aquest per a mi abans de convertir-se en patologia?

Després de dos o tres consultes amb el metge de capçalera, de multitud de proves per a descartar quelcom físic, aquest mateix metge em va recomanar assistir a teràpia psicològica. Juntament amb la teràpia psicològica estava la psiquiàtrica en casos, com el meu, en què veien clar que necessitava farmacologia.

D'això han passat ja més de 18 anys i no sé per què, però recorde cadascun dels medicaments que m'han receptat, i m'he pres puntualment i catòlicament, durant tots aquests anys. Des d'ansiolítics o tranquil·litzants derivats de les benzodiazepines com el *Tranximum* o el *Diazepam*, antidepressius pertanyents al grup dels inhibidors selectius de la recaptació de serotonina com la *Sertralina*, ansiolítics i antipsicòtics com el *Risperdal*, fins al meu tractament actual consistent en un fàrmac pertanyent al grup de les benzodiazepines com és l'*Alprazolam*, un antidepressiu de la classe dels inhibidors de la recaptació de la serotonina com és la *Fluoxetina* i un del grup dels antidepressius tricíclics com és l'*Anafranil*.

Com dic, en el meu cas la farmacologia sempre ha anat acompanyada de la teràpia clínica: aquesta doble combinació esdevé el tractament biomèdic hegemònic per al transtorn d'agorafòbia en l'actualitat. Pel que fa a les teràpies psicològiques també he passat per diverses. Vaig començar amb una psicòloga del corrent de la psicoanàlisi que, per qüestió de la seua baixa maternal, vaig haver de substituir per un altre també psicoanalista. Després d'anys veient que no avançava, parlant clar, que no em curava, i després de llegir un munt de revistes d'autoajuda vaig decidir provar la teràpia cognitiu-conductual ja fa més de 10 anys, teràpia que a partir de diferents psicòlogues he continuat fins hui en dia.

3.2.1.1.1. El tractament mèdic

L'espai de confort i suport que les usuàries dels tres grups que analitzem creen en aquestes comunitats virtuals funciona, entre moltes altres coses, com una ferramenta que elles mateixes utilitzen per a plantejar preguntes i oferir respostes respecte a qualsevol qüestió que

envolte la seua agorafòbia. Una de les qüestions principals sobre la qual es demana i s'ofereixen rèpliques és la del tractament. Quan persones més inexpertes o novençanes en el discurs de l'agorafòbia, persones insegures, desencantades o desorientades pregunten quelcom tan simple com: em trobe malament i no sé com solucionar-ho, què puc fer?, la tònica general de consells que es donen en els tres grups va orientada a la combinació de tractament farmacològic i psicològic. Una usuària del grup 2 ho resumeix molt millor del que ho podria fer jo: “Terapia cognitivo conductual con psicólogo clínico más seguimiento con psiquiatra o médico de cabecera por si necesitas fármacos de apoyo (no todo el mundo los necesita). Para mí, ese es el tandem ideal”²² (Anabel, grup 2).

Dins de la idea del tractament biomèdic en tant que la millor via de curació o millora per a l'agorafòbia, en els grups 1 i 2 trobem que aquest discurs es desenvolupa prenent les experiències en primera persona de recuperació i progrés. La recuperació, entesa en termes biomèdics com la tornada a un estat saludable o “normal” que abans es posseïa, de les persones que han passat i passen per un tractament biomèdic esdevé la millor legitimació possible del mateix tractament. Així, la majoria de les que afirmen haver viscut o estar vivint una milloria en la seua agorafòbia ho atribueixen a aquest tractament; tal com fa una usuària del grup 1, qui assegura que la millora passa per “comprender lo que te ocurre con ayuda profesional y poco a poco sentir que vas adquiriendo herramientas psicológicas para que todo forme parte de un aprendizaje interior” (Lola, grup 1); una altra usuària del mateix grup que garanteix que amb l'ajust de la medicació ha aconseguit el que necessitava, això és, estar bé; una usuària del grup 2, la qual gràcies a la seua decisió d'anar a un psiquiatra i a un psicòleg “en un año estaba viendo a *Metallica* con 40.000 personas más” (Ruth, grup 2); o una també usuària del grup 2 que fa sis mesos que està en tractament i a qui aquest tractament li ha canviat la vida radicalment i li permet eixir al carrer, quelcom que “antes era impensable” (Ana, grup 2). En la mateixa línia, aquelles que creuen que no han millorat també pensen que es deu al fet de no haver buscat ajuda professional abans. Aquest és el cas de la següent usuària, la qual afirma: “en 17 años es mi 5 recaída y se me está resistiendo demasiado por no haber acudido antes al médico y pensar que podría salir sola” (Estefanía, grup 2).

²² Totes les cites que exposem al treball han estat corregides ortogràficament però conservant l'estil de llenguatge utilitzat per les seues autores.

En casos extrems, la legitimació, recomanació o suggeriment del tractament biomèdic pot esdevenir tan contundent, inequívoca i terminant que, davant la possibilitat per part de determinades persones usuàries d'exercir una acció agencial al marge o contrària al discurs biomèdic hegemònic, això és, gestionar de la manera que siga el seu malestar sense tractament mèdic, pot arribar a convertir-se en una espècie de control social o contraresistència. És el que passa en casos límit com, per exemple, l'expressió de la voluntat de suïcidi a propòsit de la qual trobem un fil discursiu al grup 2. Quan un company del grup comparteix el seu malestar desesperat, el seu desencant amb la medicina i expressa les seues ganes de deixar de viure, una usuària espera i suposa que estiga en mans d'especialistes i en tractament, una altra li promet que amb ajuda d'un neuròleg i de la medicació es pot superar, i l'última d'elles directament li exigeix:

busca ayuda profesional cuanto antes y explícales que tienes ideaciones suicidas. Tu estado de depresión te está haciendo distorsionar tus opciones y ver el futuro mucho más negro de lo que es. No hagas caso a ese estado de ánimo, es un engaño de tu mente. Busca ayuda cuanto antes (Anabel, grup 2).

Parlem de control social o de contraresistència perquè, ens agrade o no, hi ha quelcom més agencial que decidir sobre la pròpia mort? La mort es resignifica ací com un signe d'alienació, de perturbació gens en consonància amb una ciència mèdica lògica i racional amb solucions per a tot, amb una ciència mèdica que, com a biopolítica, sobreestima la vida molt per damunt de la mort (Foucault, 1977).

Tot i que la legitimitat mèdica i la confiança plena en la medicina esdevé la tònica general en els tres grups respecte al tractament de l'agorafòbia, i sense eixir-nos-en del tot d'aquesta lleialtat, trobem postures tangencials que, dins de la fidelitat a la medicina, s'agencien fins al punt de qüestionar els dictàmens i pràctiques mèdiques posant-se, quant a coneixements sobre la malaltia, a la mateixa altura dels professionals de la medicina. Localitzem aquestes postures tangencials als tres grups i enfocades a diferents branques del tractament agorafòbic. En el cas d'una usuària del grup 1, després d'assabentar-se pel grup que una companya està prenent un medicament anomenat *Pregabalina*, expressa clarament els seus coneixements i la seua postura sobre eixa qüestió posant en dubte la mateixa autoritat mèdica.

La *Pregabalina* es *Lyrica*, ¿verdad? Yo la dejé de tomar. Es un medicamento con mucha controversia. Habla con tu médico a ver si te puede mandar otra cosa. Lo mejor es un *Lorazepam* bajo la lengua antes de hacer el viaje, y otro si tienes un poco de ansiedad (Ro, grup 1) .

En la mateixa línia, la conversa entre quatre usuàries del grup 2 gira al voltant del psicòleg d'una d'elles. Aquesta conta com el seu psicòleg li ha dit que no pot ajudar-la més, que ha d'aprendre a superar-ho ella sola. Les respostes de les seues companyes no es fan esperar: “cambia de profesional”, “no debería decirte eso”, “te ayuda sólo si es especialista”... De nou, les experiències amb els seus malestars esdevenen suficients per a aquestes “dones” com per a tenir clar què és el que poden i volen esperar i què no en el seu tractament.

Per últim, una usuària del grup 3 també ho té clar quan una companya li esmenta el seu descontent amb el psiquiatra: “Pasa de él y cámbiate de psiquiatra. No por tener una carrera te hace tener la razón. Busca a otra opinión” (Mar, grup 3).

Diferents elements del tractament: medicaments, psicòlegs i psiquiatres, però un discurs comú basat en l'atribució d'agència respecte a la malaltia i a la curació, una atribució significativa en tant que l'habitual, i afegiríem normatiu, en el pla llec de la malaltia esdevé seguir la lògica mèdica sense marge per a qüestionar-la (Coll-Planas, 2014).

3.2.1.1.1. El tractament farmacològic

La gran majoria de les persones participants als grups que analitzem pren o ha pres en algun moment dels seus processos amb l'agorafòbia algun tipus de fàrmac prescrit mèdicament. En la mateixa línia aproximativa, una gran majoria de les participants als grups són persones que identificaríem com a “dones”. La relació queda aparentment destapada per a ser problematitzada.

Les primeres investigacions que es van realitzar des de les ciències socials sobre la relació entre la salut mental i el gènere, van nàixer de la preocupació per la sobrerrepresentació femenina en les estadístiques psiquiàtriques i la seua consegüent *sobremedicamentització* (Ordorika, 2009). Diverses autores afirmen com s'ha exercit tradicionalment un control sobre els cossos femenins consistent, entre altres coses, en la prescripció de fàrmacs (Chesler,

2005). Incorporar-se a aquest debat des de la sociologia feminista suposa un repte en tant que en les nostres mans està problematitzar els elements que construeixen la psiquiatria com a sexista i androcèntrica, això és, que coadjuven a controlar les “dones”, així com a visibilitzar i rescatar aquells aspectes positius que ens poden auxiliar i empoderar (Busfield, 1996). I és que si en un lloc s’ubiquen, o des d’un lloc poden sorgir les nostres agències individuals i col·lectives, aquest és el mateix marc normatiu que *a priori* ens oprimeix (Foucault, 2009; Butler, 2001).

Des d’un prisma que pretén no perdre de vista aquests desafiaments, observem com moltes de les usuàries dels grups estan contentes i satisfetes amb la presència del tractament farmacològic en les seues teràpies: “yo la tomo, llevo ya muchos años. A veces tengo mis miedos, pero ya sé afrontarlos. La *Sertralina* te irá super bien. Para mí, el mejor medicamento” (Pilar, grup 1). Altres no ho estan gens: “Yo la tomé (*Paroxetina*) y la tuve que dejar de lo mala que me ponía, sin medicación estoy mejor” (Maya, grup 2). I a algunes els pesa que no tinguen un efecte curatiu absolut, però tot i així les compensa.

El psiquiatra me subió la dosis de *Sertralina* y mucho mejor, de hecho he estado tres meses sin que me pase, pero hace dos semanas pasó de nuevo aunque ni punto de comparacion con lo fuerte de las otras veces. Ya no restriego manos y pies ni encojo tanto el cuerpo. Pero los sintomas son el mismo patrón siempre (Clara, grup 1).

Aquests són els tres discursos principals que podem trobar als grups sobre la farmacologia: la confiança i adequació, la desconfiança o disfuncionalitat i la compensació o contrapés en positiu.

Els hem vist ja esmentats a les narratives d’algunes usuàries. Els tipus de fàrmacs més utilitzats en el tractament de l’agorafòbia són els antidepressius, entre els quals destaquen els inhibidors selectius de la reabsorció de serotonina com la *Sertralina*, i els ansiolítics o tranquil·litzants entre els quals destaquen les benzodiazepines com l’*Alprazolam* (Reuter, 2001).

L’ús dels medicaments en el discurs mèdic psiquiàtric s’ha justificat científicament a partir de la dimensió cerebral de la malaltia (Caponi, 2015a, 2015b). D’ahí és d’on naix la teoria *serotoninèrgica*, una de les principals teories biològiques que explica les causes de

l'agorafòbia, segons la qual és una disminució en els neurotransmissors de la serotonina allò que provoca l'aparició d'aquest malestar, disminució únicament restituïble a partir de fàrmacs reequilibrants de la serotonina com és la *Sertralina* (Velasco Martín, 1988).

En les narratives de diverses usuàries dels grups 1 i 2 som capaces de localitzar que es desenvolupa aquest mateix discurs de la dimensió biològica, cerebral o genètica de la malaltia: “Menos mal que a día de hoy estoy en estudio genético, todo imaginario decían...” (Mónica, grup 1); “es una reacción química del cerebro” (Lourdes, grup 1), o; “a mí me ayudó un neurólogo” (Amparo, grup 2).

En molta menor mesura, i de manera perifèrica, ens entropessem amb narratives que tenen en compte altres dimensions de la malaltia. S'obri un debat al grup 1 sobre aquesta qüestió. Una de les usuàries sosté que l'agorafòbia és 50% genètica i 50% ambient. Una altra respon que en el seu cas “fue por el exceso de estrés” (Lali, grup 1). A l'altre costat de la discussió, al costat de nou de la dimensió biològica/genètica, una companya està convençuda que el seu trastorn esdevé herència del seu avi matern que “estuvo con agorafobia y depresión los últimos 20 de su vida” (Mendi, grup 1). L'última d'elles, per contra, assegura no tenir cap familiar amb aquest trastorn. Aquesta escassetat d'arguments que consideren altres dimensions més enllà de la biomèdica respondria a la tornada al positivisme que les últimes dècades ha protagonitzat el discurs psiquiàtric, discurs en què l'atenció als factors externs esdevé pràcticament devaluada pel criteri científicista (Reuter, 2001; Caponi 2015a, 2015b).

La dimensió de la malaltia que predomina a les narratives dels grups és, doncs, la biomèdica, fet que explicaria alhora l'èxit i la legitimació que l'ús de la farmacologia com a tractament per a l'agorafòbia obté en aquests grups. Tot i això, però, localitzem, com déiem abans, una dinàmica discursiva, fonamentalment al grup 2, de desconfiança, recel o rebuig cap a l'ús dels medicaments, una dinàmica que com veurem planteja certes tensions en relació amb el discurs hegemònic.

L'argument general de desconfiança cap als medicaments es resumeix en: “lo que hacen las pastillas es enmascarar y disfrazar la agorafobia” (Yoli, grup 2), “La medicación no cura. Eso lo tengo clarísimo. Lo que hace es tapar” (Yoli, grup 2) o “Está muy comprobado, y los médicos nos recetan mierdas para taparlo, cuando todo es cosa de relajación y una vida

mejor” (Nina, grup 2). Un segon argument esmentat des d’algunes narratives s’englobaria dins de la tradicional crítica a la dependència que creen els fàrmacs. L’últim i tercer argument que trobem, menys crític, és el de la disfuncionalitat que articulen d’una manera simple i clara usuàries com aquesta: “yo la medicación la dejé porque no me hacía nada” (Eva, grup 2).

Esmentàvem les tensions que provoquen en els grups les postures de desconfiança o insatisfacció cap a la *medicamentització*. Localitzem aquestes tensions en les respostes a la publicació que una usuària comparteix al grup 1 d’un article titulat: “Los medicamentos para la agorafobia no curan”. La desconfiança, i la principal conseqüència d’aquesta reflectida en una possible no *medicamentització*, es converteixen per a moltes usuàries en una espècie de sacrilegi, un perill i una irresponsabilitat que ens tornen a suggerir la idea de control social i contraresistència cap a les veus o postures que se n’ixen del discurs profarmacològic hegemònic i legítim. La resposta d’una de les usuàries a l’article publicat per la companya plasma la referència a aquest perill de què parlem.

una noticia como esta en realidad me enfada mogollón que se publique, todos estamos en situaciones “susceptibles” y algo “vulnerables” como para leer esto. Los medicamentos los receta un médico y si no van bien nos lo quita o nos lo cambia, se ha de tener mucho cuidado con lo que se publica porque puede pasar que una persona empeore a ciertos límites vitales (Eva, grup 1).

Allò que hi ha al darrere de la defensa que aquesta usuària fa ací dels medicaments i de l’autoritat mèdica ho trobem repetit de diferents maneres i amb diferents objectius en cadascun dels tres grups, i no és una altra cosa que la victimització de les agorafòbiques, una espècie d’estigma goffmanià que acompanya molts dels discursos que es plantegen al respecte del tractament: les agorafòbiques estem desesperades, som vulnerables (potser també ignorants i tontes) i podem recórrer a qualsevol cosa. Ahí radica el perill: ayúdalos señor, no saben lo que hacen.

Fent fàctica una contraresistència menys agressiva i més subtil, basada en l’experiència pròpia, altra de les usuàries tampoc està d’acord amb la idea de l’article del fet que els medicaments no serveixen per a res: “En mi caso fue así como volví a salir a la calle después de estar 6 meses recluida en casa” (Toya, grup 1). L’autoritat mèdica apareix com a pilar que sosté la contraresistència també en la narrativa de la següent usuària, la qual manté respecte

al tema de l'article compartit que: “cada persona debe de tomar siempre bajo prescripción médica lo que necesite (...) i és que: si necesitamos medicación, ¿por qué no vamos a tomarla?” (Mari, grup 1).

3.2.1.1.1.2. El tractament psicològic clínic

La majoria de les referències discursives que es fan en cadascun dels tres grups respecte a la teràpia psicològica, mostren la teràpia cognitiu-conductual com a part fonamental en les vivències de les usuàries en els seus processos de curació o superació de l'agorafòbia. De totes les entrades que parlen específicament d'algún tipus de teràpia psicològica clínica seguida o recomanada posant-li nom a aquesta teràpia, sols una minoria al·ludeix a un altre tipus de teràpia clínica com és la psicoanalítica.

Amb el sorgiment del DSM-III l'any 1980, i l'adscripció de la psiquiatria de nou al positivisme, és quan comença el declivi de la psicoanàlisi. Com afirma Reuter (2001), encara que de manera lenta el conductivisme cognoscitiu ha estat el principal beneficiari d'aquesta transformació en la mesura que ha estat disposat a jugar amb les regles, adaptant la seua pròpia concepció de l'agorafòbia (i l'ordre social) a un format científic acceptable dins del corrent principal. Quan Reuter parla del conductisme com un format científic acceptable per al positivisme, possiblement es referisca al fet que el model cognitiu-conductual es caracteritza per actuar sobre el símptoma i no la causa, a diferència del psicoanalític que aprofundeix en les causes i entén el trastorn mental més com a procés que com a categories discretes. El fet d'incidir i actuar únicament o principalment sobre el símptoma esdevindria més funcional al biologicisme en la mesura que al tractar aquest però no endinsar-se en les causes, no pot posar en dubte que les causes d'eixe trastorn siguen biològiques.

Moltes usuàries directament recomanen el tractament cognitiu-conductual: “Mi recomendación es que busques un psicólogo que haga terapia cognitivo-conductual” (Anabel, grup 2). La part conductual d'aquesta teràpia, desenvolupada a partir de tècniques d'exposició i aguant a les pors, és el punt clau del seu èxit.

una de las terapias que mejor funciona es la cognitivo conductual y es precisamente exponerse, afrontar los miedos y esperar en el sitio a que baje la ansiedad al menos dos

puntos por debajo que cuando empezó. No huir, es lo mejor que yo aprendí, me ayuda a llevar una vida prácticamente normal (Mari, grup 1).

Un punt clau que per a moltes usuàries situa aquesta teràpia molt per damunt d'altre tipus de teràpies utilitzades tradicionalment en el camp de la psicologia per al tractament de l'agorafòbia. La tensió principal s'observa entre la teràpia cognitiu-conductual i la psicoanalítica, podríem dir que les dues teràpies actuals en pugna en el tractament terapèutic de l'agorafòbia. Aquesta tensió, enfrontada des de la legitimitat i popularitat adquirides les últimes dècades per la cognitiu-conductual, es reflecteix en discursos d'usuàries com la següent, la qual reproduïx la guerra entre la teràpia psicoanalítica centrada en l'anàlisi del passat de la pacient i que no implica cap tipus d'exposició ni de seguiment exterior, això és en el carrer, i la teràpia cognitiu-conductual centrada en el present i futur, en la modificació de pensaments negatius distorsionats i la seua posada en pràctica al carrer mitjançant l'exposició, una guerra en què la gran vencedora hui en dia és la teràpia cognitiu-conductual.

Las técnicas cognitivo-conductuales son las más eficaces para superar la agorafobia. Si tu psicólogo se dedica a indagar en tu pasado podrías sugerirle que cambie de técnica, ya que para superar esta enfermedad hay que enfrentarse a esos miedos con una serie de exposiciones graduadas donde finalmente consigas tolerar ese malestar del que normalmente escaparías. No importa que no sepas exactamente de dónde viene para poder superarlo (Elena, grup 2).

Moltes altres usuàries, sense posar-li directament nom a la teràpia, parlen de les tècniques conductuals com aquelles que segueixen i recomanen. Exposar-se, enfrontar-se, superar-se, avançar o aguantar la por són principis clau dels procediments conductuals. Així, trobem clarament a les narracions dels grups 1 i 2 referències a aquestes tècniques en forma d'experiències clíniques autobiogràfiques: "La psicóloga también venía a casa y poco a poco fui saliendo para hacer exposición con ella" (Estefanía, grup 2), o de consells quotidians per a les altres: "Hoy párate en tu puerta, mañana da un paso, el lunes dos, para ver que no pasa nada, avanza un poco cada día" (Andrea, grup 1). En la línia de l'última narració, són moltes les referències a aquestes tècniques construïdes des de les quotidianitats i al marge de cap dependència professional immediata, quelcom que ens fa pressumir el "fer" conductual com a part ja integrant i assimilada d'un discurs agorafòbic que va de la part mèdica a la part

quotidiana. A aquest respecte, una usuària del grup 2 suggereix a una companya els següents *tips* perquè es trobe millor amb el seu malestar:

Hazte una lista con 10 cosillas, que sueles hacer y que te cuestan: ej: ir a por el pan, estar sola, conducir, subir a un avión (...) Comienza por lo fácil. Repite cada punto unas cuantas veces; si lo logras adelante, si no no pasa nada (difícil pero intenta no darle demasiada importancia a los errores), somos humanos (...) Si el avance se para, encuentra puntos intermedios, pide ayuda. Cuando lo consigas practica, cada vez te darás cuenta que cuesta menos (...) (Estefanía, grup 2).

Aquests *tips* elaborats per aquesta usuària, sense cap consell professional, possiblement construïts a partir de la combinació de coneixements mèdics adquirits i d'experiències personals i quotidianes, no són altra cosa que tècniques conductuals clíniques que traspassen la consulta mèdica per a assentar-se en la quotidianitat del nostre dia a dia com a agorafòbiques. Quelcom que, com veurem als manaments 5, 6 o 9, esdevé un dels punts clau per a entendre el significat i sentit del diagnòstic "agora-dona" que ací sostenim, doncs amaga i sosté molts "fer", moltes accions i actuacions que no impliquen únicament valors mèdics sinó també genèrics.

Tornant a la teràpia psicològica clínica, tot no són lloances i recomanacions sinó que, encara que de manera molt més tangencial que amb la farmacologia, també localitzem als grups 1 i 2 insatisfaccions de les usuàries cap a aquesta, insatisfaccions que, com diem, no sent tantes ni tan radicals com amb la farmacologia, adopten tres formes diferents.

La primera d'eixes formes seria la d'una insatisfacció localitzada en les i els terapeutes. Per a moltes de les usuàries, el tracte que reben d'aquestes i aquests no és ni el que esperen ni el que desitgen, parlen d'infantilització i subestimació. Segons M^a Jesús Montes (2010), la imatge de la infantilització de les "dones" com a éssers incapaços apareix de forma freqüent en les relacions amb els professionals mèdics, amb la qual cosa aquests s'autoritzen a assumir un paper tutelar de control sobre elles. La infantilització de les "dones" de què ens parla Montes podria ser una cara més de l'androcentrisme i la desigualtat de gènere en les actuacions mèdiques, doncs el que subjau a aquestes actuacions és que en el discurs mèdic les "dones" segueixen estant definides com les vulnerables (Esteban, 2001, 2006). En aquest sentit, una usuària del grup 1 afirma: "los terapeutas me hablan con una voz de gilipollas

suaves, como si fuese tontita” (Eva, grup 1), i una altra companya del mateix grup explica que “Algun@s parece que se han metido las pastillas ell@s” (Graciella, grup 1).

En segon lloc trobem insatisfaccions enfocades cap a la Seguretat Social com a sistema de protecció sanitària quant a teràpies psicològiques. La tesi principal dels discursos sobre aquesta qüestió sosté que les psicòlogues i els psicòlegs de pagament treballen molt millor que les i els de la Seguretat Social. Un cas clar d'aquesta tesi el trobem a la narració d'una usuària del grup 2, la qual referint-se a psicòlogues i psicòlegs té clar que “es una lotería encontrar uno bueno, tendría que ser de pago, yo voy por la seguridad social” (Imma, grup 2). De la mateixa manera, una altra companya del mateix grup, molt contenta amb la seua psicòloga de pagament, sosté que “los privados son lo más, esto por la seguridad social ni soñándolo” (Estefanía, grup 2). Amb un to un poc més contestatari, i amagant darrere una crítica de classe no sabem si intencionada, una tercera usuària del grup 2 afirma que “si no tienes dinero para terapias la llevas clara” (Marga, grup 2). En aquest punt del discurs, l'experiència agorafòbica apareix travessada per eixos fonamentals en les vivències personals i socials de les usuàries com és la classe social.

Una última forma d'insatisfacció la trobem també al grup 2. Es tracta d'una insatisfacció per disfuncionalitat que la següent usuària articula clarament: “voy a dejar de ir al psicólogo (...) siento que no me sirve de nada” (Aitana, grup 2). En resposta a aquesta entrada, una altra usuària hi es mostra d'acord i centra la ineficàcia en els professionals de la psicologia: “Totalmente de acuerdo, los psicólogos solo me decían cosas que ya se” (Eva, grup 2).

Les insatisfaccions en el tractament clínic, tant farmacològic com psicològic, fan que usuàries dels tres grups plantegen en els seus discursos sobre el tractament possibilitats alternatives als procediments biomèdics. És el cas d'una usuària del grup 1 qui: “quisiera saber si alguien ha probado algo que no sean pastillas, tipo acupuntura, no sé. Algún otro remedio que les haya sido útil” (Mariluz, grup 1). En la mateixa línia, una usuària del grup 2, cansada del tractament farmacològic sense el qual creu que “estaré mejor si me lo propongo”, té clar que el següent pas en el seu procediment terapèutic serà “ir a un centro de terapia natural” (Nina, grup 2).

Entre les que ja han provat teràpies alternatives a la biomedicina, trobem testimonis contundents com aquest:

a mí los medios alternativos siempre me han dado más resultado que los oficiales. Por poner un ejemplo, hace dos años estuve tres meses con taquicardias continuas y no había manera ni tranquilizantes ni antidepresivos que me la quitaran. Fui a una terapia zen (ya había hecho cursos antes) y en diez minutos se fue para no volver... por 10 euros. Tengo una mente científica y no soy especialmente creyente en homeopatías y cosas así, pero me atengo a la prueba y al resultado (Sofía, grup 3).

De la mateixa manera que aquesta usuària, sense caure ni en la deslegitimació ni en el descrèdit biomèdic, sinó articulat de manera conjunta o complementària a la medicina científica, una usuària del grup 1 també referencia els mitjans alternatius per al tractament d'agorafòbia. En el seu cas, junt amb els medicaments farmacològics receptats pel metge: “empeze a tomar Flores de bach. Y hacer meditación, estiramientos, todas las mañanas, y mis autoafirmaciones, poco a poco empecé a sentir algo de satisfacion y allí pude salir” (Josefa, grup 1).

La conseqüència d'aquests plantejaments tangencials, que tot i no reptar del tot la biomedicina poden provocar ruptures en el discurs agorafòbic biomèdic hegemònic, és l'aparició en els grups 1 i 2 d'un contradiscurs basat en el desprestigi cap a aquestes teràpies alternatives. Al grup 1 s'obri un fil discursiu sobre aquesta qüestió a partir de l'entrada d'una companya que recomana la teràpia budista *nichiren* per al tractament dels seus malestars. Les respostes a aquesta recomanació són bastant contundents. Per regla general, no creuen en les teràpies alternatives sinó en “ir a un terapeuta y pedir ayuda médica” (Eva, grup 1). D'una manera semblant, al grup 2 es planteja la possibilitat de la hipnosi per al tractament d'agorafòbia. Tot i que la hipnosi s'ha arribat a utilitzar en teràpies clíniques com la psicoanalítica, la següent usuària ho té clar: “No creo en la hipnosis. Sí creo en la terapia de exposición, aunque es lenta” (Anabel, grup 2).

Aquests contradiscursos s'articulen en forma de descrèdit cap a aquelles teràpies que no passen per la clínica cognitiu-conductual principalment, un descrèdit i una deslegitimació que funcionen, com déiem abans, com a ferramena de control social o restitució del discurs biomèdic hegemònic en els grups.

3.2.1.1.2. L'esforç propi

Si el discurs principal i hegemònic quan parlem del tractament de l'agorafòbia en els tres grups és el de la utilització, el patrocini i la defensa del tractament biomèdic, en un segon lloc apareix com a discurs molt present en cadascun dels tres grups analitzats aquell que fa referència a l'esforç propi com a element indispensable en la curació i recuperació agorafòbica. Un element que es representa en els discursos de manera paral·lela i no incompatible amb la terapèutica biomèdica, fins i tot, en alguns casos, de manera imbricada i confundible amb la metodologia conductual. La següent usuària del grup 1 elabora perfectament en la seua narrativa aquest discurs de què parle.

Yo mi consejo es que a parte de ponerte en manos de los médicos, porque la medicación ayuda por una parte, la gran parte es nuestra, un 80% es nuestro curro porque hay que superar cuando viene el ataque de pánico i a mí me enseñaron a afrontarlos (...) y para afrontarlos hay que exponerse cada día, bajar a la calle y hacer hasta donde puedas. (...) siempre baja (Viky, grup 1).

D'una manera pròxima, apareix el mateix discurs en l'entrada d'una usuària del grup 2.

Me ayudó mi psiquiatra y la medicación. Llegó un momento en el que mi mente se abrió un poquito... muy poco pero vio que tenía que poner fuerza de voluntad e ir dando pequeños pasitos... muy poco a poco conseguí superarlo y estuve 5 años con esta enfermedad. Pero se puede chic@s! Mucho ánimo (Lola, grup 2).

En casos més perifèrics, el discurs de l'esforç pròpi s'articula com a única solució al marge del tractament biomèdic o de qualsevol tipus de tractament.

Creo que no nos hace falta ninguna medicación, que sólo ayudamos a la industria pero no a nosotros mismos. No se qué pensáis vosotros, pero la dependencia a los medicamentos y a personas, nos hizo más cobardes... ¡Hay que salir adelante solos! Las palabras de los demás se las lleva el viento, nuestras propias palabras, mentalidad y decisiones se quedan (Nina, grup 2).

Molt més pessimista, potser més desesperada, la següent usuària del grup 3 deposita en el seu valor propi i en l'ajuda de les altres les esperances de la seua recuperació: "Yo no sigo

terapias por que ya no creo en ellas. Espero tenga valor para ir exponiéndome y gente que me ayude” (Carmen, grup 3).

Però sobretot, el discurs de l'esforç propi, de la força de voluntat i del treball es creua en les narracions de les usuàries amb referències al pensament positiu, o com diríem moltes “pessimistes”: Paulo Coelho ha fet molt de mal! I és que en el pensament positiu és fonamental el paper atribuït a la força de voluntat (Coll-Planas, 2014). Així, quan les usuàries parlen de tractament, biomèdic o no, i conjuntament amb el llenguatge de l'esforç propi, apareix el pensament positiu en forma de vàlua, capacitat o mèrit. Aquest parteix de les premisses que afirmen que “sí se puede” (Josefa, grup 1), que “se puede claro que sí” (Marga, grup 2), i que “todo está en la mente y se puede salir” (Amparo, grup 2).

El pensament positiu, moviment originàriament filosòfic-religiós, ha anat impregnant diversos àmbits de la realitat, entre ells el de la salut i la malaltia apostant que la felicitat, entesa com a optimisme, té una relació de causalitat amb la salut i l'èxit (Ehrenreich, 2012). Una de les conseqüències de l'assumpció del pensament positiu per part de disciplines com la medicina o la psicologia és que l'actitud positiva funciona actualment també com una prescripció mèdica. Des del càncer fins al trastorn mental, el pensament positiu de la pacient i el pacient esdevé quasi tan important per al sistema biomèdic com la medicina en si. Més enllà de com queda de bonica aquesta prescripció en l'àmbit moral, com queda de bonica en les portades dels llibres d'autoajuda que ens recomanen les i els terapeutes, de la força que pot transmetre a les i els pacients en un moment determinat, el pensament positiu es pot traduir en la praxis en un perill de sobrerresponsabilització d'aquestes i aquests cap a les seues malalties (Sontag, 1990). La sobrerresponsabilització de les i els pacients està també relacionada amb la idea que sosté Barbara Ehrenreich que afirma que quan les coses van malament, i la malaltia es resisteix al tractament, o progressa, les i els pacients acaben culpabilitzant-se a elles mateixes i ells mateixos per no estar tenint una actitud suficientment positiva, “de manera que se favorece un proceso de culpabilización de la víctima” (Ehrenreich, 2012, p. 52).

En relació amb el tractament apareix en els discursos de les nostres usuàries la idea del fet que et curaràs si comences a pensar diferent. Està tan present el pensament positiu en els grups que hi ha qui diu directament en les seues entrades: “abstenerse comentarios

negativos” (Lucina, grup 3). Aquesta dinàmica crea una espècie de dicotomia en els grups, una espècie de divisió oposada entre les que se sap que són optimistes i les que sols veuen i viuen la dificultat, la desesperació i el desànim. Una divisió que, al seu torn, pot crear un efecte d'exclusió (Coll-planas, 2014), de subestimació o subvaloració d'aquells itineraris de malaltia més negatius. Com hem vist al capítol sobre atenció, moltes persones en la situació de malaltia busquen en les xarxes un espai on poder compartir la seua experiència, el seu malestar i els seus dubtes. No podem afirmar, com fa Ehreinreich al seu treball autoexperiencial sobre el càncer de mama, que no hi haja cabuda en els nostres grups als pensaments negatius, ja que aquests són molt nombrosos. Açò es deu, segurament, al fet que no es construeix mèdicament, i per tant socialment, igual el trastorn mental que un altre tipus de malalties com el càncer. Del que sí que podem parlar, d'acord amb la idea d'aquesta mateixa autora, però, és d'un perill de subestimació o subvaloració en els grups d'aquells discursos que no s'adapten al pensament positiu, i d'una tendència al fet que prevalguen en els grups, fins i tot de manera forçada, els discursos optimistes basats en la convicció que únicament una actitud positiva permetrà enfrontar i superar la malaltia, permetrà a les usuàries convertir-se en unes supervivents (Ehreinreich, 2012). En la línia d'aquesta crítica al predomini del pensament positiu en els grups, trobem de manera molt tangencial el relat de le següent usuària:

La positividad y el optimismo es fundamental pero hay veces que uno lleva tanto peso a las espaldas que debe de parar. Y no por ello es menos que nadie. Ya está bien de la vida perfecta, la sonrisa perfecta, la foto perfecta.. TODOS tenemos el derecho de tener un mal día y/o una mala racha (Estefanía, grup 2).

3.2.1.2. Segon manament: Patiràs malestar

Palpitacions fortes, mareig, sudoració, molta por i molta necessitat d'arribar a ma casa. Això és el que vaig sentir per primera volta estant al carrer l'11 de març de 2003. Aquest malestar es va convertir en diagnòstic a partir de la meua segona o tercera visita al centre de salut: quan les anàlisis de sang, els tacs i els electrocardiogrames van mostrar que no tenia res físic va prendre forma el diagnòstic d'agorafòbia.

Aquest record em porta a reflexionar sobre un tema que em ronda pel cap des de fa anys. Recentment diagnosticada jo d'agorafòbia, una nit sopàvem una amiga i jo a prop de ma

casa en València. Quan vam acabar de sopar i va ser l'hora que aquesta amiga se n'anara a casa, em va confessar que li feia molta por tornar a casa sola, que tremolava sols de pensar-ho i que potser cridava a algun amic perquè vinguera a per ella o agafava un taxi. Anys després, la por de la meua amiga no ha disminuït, continua sense voler tornar a casa sola de nit per si la segueixen, per si li passa qualsevol cosa. Quina és la diferència entre la meua amiga i jo? Quina és la diferència entre la història de la meua amiga i la de la resta d'usuàries dels grups que analitzem? La meua amiga mai va acodir a una metgessa o metge, potser perquè aquesta por no li resultava massa incapacitant, pel que fora, la qüestió és que mai va acodir al sistema biomèdic contant la seua història. I aquesta podria ser la principal diferència entre la por de la meua amiga i l'agorafòbia meua i de la resta de les usuàries dels grups.

3.2.1.2.1. Com a símptomes

Explicàvem al capítol 2 del marc teòric el nostre interès per distingir entre la dolència o percepció subjectiva d'un determinat o uns determinats processos de disfunció orgànica (Susser, 1973), el que ací anomenem malestar o *illness*, i la concepció d'aquesta disfunció per part de la biomedicina, és a dir, la interpretació que la biomedicina fa de determinats processos o aspectes biològics (Kleinman, 1980) i psicològics, el que ací anomenem *disease*. Aquest interès teòric plasmat al capítol 2 es torna ara pràctic.

En aquest segon manament els discursos del grup 3 estan pràcticament absents, ja que quasi ninguna usuària d'aquest grup fa referència als malestars que pateix sinó que elabora els seus discursos tenint present o narrant altres aspectes. D'aquesta manera les usuàries, fonamentalment dels grups 1 i 2, expressen, expliquen i exposen els seus malestars així: “me quedo sin aire, me mareo, veo negro, me desmayo, vomito y me entran ganas de ir al baño” (Eva, grup 1), “sudoración de manos y pies, taquicardias, sensación de mareo, tenía miedo de desmayarme e incluso me costaba respirar” (Rosa, grup 1), “Paralizada (...) cuerpo agarrotado” (Marisa, grup 2), “me siento muy nerviosa y me empiezo a sentir mal físicamente” (María José, grup 2) o “estuve tres meses con taquicardias continuas” (Viky, grup 3).

Trobem al grup 2 una entrada especialment il·lustrativa respecte als malestars patits i viscuts per una de les usuàries.

¿Les pasa?... 1. Las crisis de ansiedad le duran días. 2. Retortijones, dolor de estómago y diarreas. 3. Dolor de cabeza. 4. Adormecimiento de brazos, piernas, manos o pies. 5. Mareo. 6. Ganas de vomitar. 7. Dolor ocular. 8. Se muerden la parte inferior del labio. 9. Sensación de estar viviendo drogado. 10. Sensación de haberte emborrachado. 11. Sensación de perder el control, como si fueses a volverte loco. 12. Sensación de estar envenenado, como si hubieses comido algo en mal estado y tu cuerpo reaccionase a ese veneno. 13. Tics en la cara. 14. Presión en la parte de bajo de la lengua. 15. Sensación de tragar una bola. 16. Sueño o fatiga que te mantiene todo el día durmiendo. 17. Miedo. 18. Miedo a todo, pero sobretodo a perder el control de tu cabeza. 19. Pensamientos extraños o suicidas: Ejem. "Temo a que mi cabeza haga click y pueda autolesionarme". 20. Visión borrosa. 21. Sudores o escalofríos. Por favor, díganme en números lo que les sucede en medio de la crisis de ansiedad. Necesito conocer la patología más a fondo porque son cosas que me suceden y me asusto mucho. Si hay otro síntoma no mencionado, coméntalo. Pienso que si soy conocedora de todos los síntomas, podré enfrentarme a la ansiedad (Sara, grup 2).

Al definir els criteris diagnòstics de l'agorafòbia, i ací ens movem ja en el *disease*, el CIE 10 parla de símptomes psicològics i vegetatius (OMS, 1992), i el DSM-5 d'ansietat, per i evitació (APA, 2013). Cap de les dues classificacions parlen de la part corporal. Per contra, els discursos de les usuàries, ja n'hem vist alguns, parlen molt majoritàriament de i des de la part corporal. Encara que es referisquen a malestars que pogueren considerar-se més psicològics, d'acord amb una separació ment-cos usual en la medicina, sobretot en la medicina mental, com la por o la irrealitat, s'observa com les usuàries quasi sempre acompanyen aquests malestars i els viuen des del cos: "me duele todo, tengo sensación de malestar y estoy con más miedo y ansiedad" (Nina, grup 2). La por i el nerviosisme es tradueixen també per a usuàries com Maria José, el discurs de la qual ja hem mostrat abans, a sentir-se "mal físicamente" (Maria José, grup 2). En la majoria dels discursos dels grups els malestars de què parlen, aquells que es viuen, barregen, llavors, sensacions tals com "taquicardia, irrealidad, mareos, ahogo, temblores, chispazos en las manos y cabeza, miedo a estar sola en casa y a salir, a volverme loca..." (Amparo, grup 2).

És fàcil comprovar que la majoria de les usuàries signifiquen els seus malestars subjectius (*illness*) com a símptomes mèdics (*disease*), això és, a partir del llenguatge mèdic. D'aquesta manera és com s'entén que parlen de taquicàrdies, marejos, entumiment o irrealitat (concepte, aquest últim, molt utilitzat en psicologia i psiquiatria). Aquest *illness* interpretat

mèdicament com a símptoma es pot observar fàcilment en un fil discursiu sorgit al grup 2. L'usuària que escriu l'entrada pregunta directament per "los síntomas que les dan cuando intentan salir" (Clio, grup 2). Les cinc respostes a aquesta entrada parlen de símptomes mèdics com taquicàrdies, pensaments irracionals o nàusees.

Els símptomes de què parlen les usuàries dels grups s'assemblen moltíssim als que apareixen al DSM-5 per al diagnòstic de transtorn de pànic o atac de pànic. El manual descriu els símptomes d'aquest diagnòstic de la següent manera:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de "volverse loco."
13. Miedo a morir (APA, 2013).

No esdevé gens difícil trobar les similituds entre aquesta descripció i els discursos abans exposats, especialment fàcil de fet en el cas del discurs de Sara (grup 2). En aquesta descripció del DSM- 5 per al transtorn de pànic o atac de pànic, a més, hi ha una molta major presència de la part corporal que en l'explicació del diagnòstic d'agorafòbia. Si tenim en compte que en el canvi produït l'any 2013 del DSM-IV al DSM-5 es dona una separació definitiva entre el transtorn de pànic i el transtorn d'agorafòbia, ambdós relacionats fins al moment, de manera que: "Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos" (APA, 2013), podem pensar que aquesta distinció i divisió suposa un pas més en la separació ment-cos en el discurs agorafòbic, quedant reduït aquest trastorn, com a fòbia, al psíquic o a la ment.

Analitzant els discursos de les usuàries podem traure tres eixos discursius principals. El primer eix visualitza que les usuàries viuen els seus malestars fonamentalment des de la part corporal. Amb les seues narracions, aquestes repton la tradicional separació ment-cos

present al discurs mèdic i demostren que l'experiència s'incorpora en el cos (Csordas, 1990) i que, per tant, cos i malaltia esdevenen inseparables en la vivència subjectiva de la malaltia.

El segon eix discursiu indica que les usuàries signifiquen els seus malestars de manera majoritària mèdicament. Tot i que aquesta és la tendència principal, i fins i tot barrejada amb aquesta significació mèdica, podem trobar discursos tangencials que narren determinats malestars d'una manera quotidiana, subjectiva i sense conclusions o sentits mèdics. Així és com la següent usuària explica el que li va passar un dia:

El sábado pasado estaba saliendo del supermercado y de repente no podía ver, es difícil de describir, era como si todas las figuras perdiesen los contornos y se mezclasen los colores y las formas impidiendo que pudiese distinguir nada. Sólo notaba los brillos, todo brillaba mucho, me asusté pero no entré en pánico porque estaba convencida que era la ansiedad quien me causaba este efecto, así que como pude llegué a casa y allí en la seguridad y tranquilidad de mi casa se me pasó. ¿Le ha pasado a alguien algo parecido? Un abrazo luchadores... (Mara, grup 2).

Aquesta mateixa usuària, la qual també declara que abans “había tenido mareos y desrealización”, afirma que el que descriu i que narra dalt “era nuevo”, el que ens fa suposar que potser ho explica d'aquesta manera experienciada perquè no ha trobat nom mèdic per a descriure el que va sentir. D'una manera semblant, una altra usuària del grup 2 explica també el seu malestar al·ludint a sensacions subjectives més que a deduccions o significats mèdics: “llego al autobús y ver tanta gente me hace sentir muy pequeña y que me van a aplastar” (Maria José, grup 2).

El tercer eix que trobem al respecte dels discursos de les usuàries, mostra que aquests discursos personals no van al mateix ritme que els mèdics quant a la separació i sobreclassificació que aquests últims pretenen i mantenen. Així, les usuàries en general quan parlen dels seus malestars agorafòbics ho fan sense deslligar-los dels atacs de pànic: “Me daban ataques de ansiedad y de pánico” (Rosi, grup 1); “cada vez que me va a entrar el pánico empieza por ese síntoma” (Laura, grup 2); “tengo ataques de pánico” (Espe, grup 1); “he tenido tres ataques de pánico gordos” (Guada, grup 2). Aquests testimonis evidencien, com a mínim, que la vida real i experiencial de les usuàries va a altres ritmes respecte al discurs mèdic.

La separació que fa el discurs psiquiàtric entre trastorn d'agorafòbia i trastorn de pànic o atac de pànic, fruit de la sobreclassificació que caracteritza la psiquiatria les últimes dècades, suposaria per a moltes de les usuàries d'aquests grups, com ja adverteix el DSM-5, un doble diagnòstic com a mínim. Diem com a mínim no innocentment sinó conscients que la sobreclassificació psiquiàtrica esdevé tant conceptual com real, de manera que, independentment de la recent separació entre agorafòbia i pànic, ja s'ha incorporat en les històries clíniques i personals d'algunes de les usuàries en forma d'altres diagnòstics psiquiàtrics: “Estoy en un estado de mucha preocupación y nervios, lo cual es normal teniendo TAG y agorafobia” (Nina, grup 2); “hace 5 años que sufro de trastorno de ansiedad generalizada y 3 años que he comenzado a experimentar la agorafobia” (Maria José, grup 2).

El cas més notori respecte a aquesta sobreclassificació el trobem en una usuària del grup 1. Després de narrar de manera estesa els començaments amb el seu malestar, començaments que analitzarem a continuació al següent apartat, acaba el seu relat afirmant que aquest malestar va portar com a conseqüència, després d'una visita mèdica: “Diagnóstico de depresión grave post traumática, diagnóstico de pánico, diagnóstico de agorafobia, tinnitus, presión alta leve e hipotiroidismo grave” (Xesca, grup 1).

3.2.1.2.2. Susceptible de diagnosticar-se

Recuperem el relat complet de Xesca, la qual descriu l'inici del seu malestar així:

Paso a contarte mis experiencias cuando yo no tenía idea que era un ataque de pánico. Siempre fui de mucho carácter y actitud que me llevaba el mundo por delante. Tengo preparación profesional y eso me daba mucha seguridad. Mi autoestima por las nubes. Ocurrió un evento horrible con una persona que yo quería mucho. Yo seguía trabajando, creyéndose la mujer maravilla hasta que un día en la calle yo salía de mi estudio de trabajar muy de noche. Sentí que me seguían y comencé a correr. En 1 minuto mi ropa estaba húmeda, sentía que no podía respirar, caí desplomada y parecía que tenía convulsiones porque temblaba. Al caer me reventé la boca y mis dientes volaron y me golpeé muy fuerte la cabeza y perdí el conocimiento. Internada me hicieron hasta resonancia magnética, electroencefalograma, controles cardíacos. Nada, nada, nada. Me dieron el alta, seguí en lo mio, trabajando y me caí y sentí todo eso que te conté 100 veces hasta que acepté ir a un psiquiatra. Diagnóstico de depresión grave post

traumàtica, diagnòstic de pànic, diagnòstic de agorafòbia, tinnitus, pressió alta leve e hipotiroidismo grave (Xesca, grup 1).

Amb el canvi del DSM-IV al DSM-5, una altra de les novetats que es produeix amb el diagnòstic d'agorafòbia és la del fet que ara és el sistema biomèdic, i no la persona afectada, qui decideix quan una por o un malestar esdevé irracional i quan no, quelcom que suposa, per començar, una pèrdua de veu de les afectades i afectats respecte al seu malestar o a la seua malaltia (Tortella Feliú, 2014).

Em pregunte des d'ací, des de la distància, des de la meua cadira i el meu ordinador pensant en la història de Xesca: i si és veritat que la van seguir?

D'una manera semblant, una usuària del grup 2 relata: “pensaba que me iba a dar un ataque a todas horas o que me iban a atacar” (Moni, grup 2). Em torne a preguntar, remetent-me únicament al relat de la usuària i sense saber la seua història clínica més enllà del diagnòstic d'agorafòbia: és tan estrany, tan patologitzable, que una “dona” hui en dia a l'Estat espanyol tinga por que l'ataquen al carrer?

Distint és el relat d'una altra usuària del grup 1 que exposa el seu malestar de la següent manera:

Por si a alguien le ha pasado alguna vez. Desde que di a luz en septiembre la agorafobia en el postparto cogió protagonismo pero de una forma rara. Os lo explico. Un día me levanto y de repente, habiendo estado bien el día anterior, pues tengo como mucho miedo sin motivo. Las piernas me tiemblan. Voy a evacuar muy a menudo durante el día varias veces. Se me va el apetito y la leche no la puedo ni ver y eso q soy de tomar mucha leche. Con lo que no tengo fuerzas y me incapacita hasta el punto de querer sólo estar tumbada con una manta y abrazada a algo. Los pies no podía dejar de restregarlos y las manos también (Clara, grup 1).

Com que va de preguntes la cosa, em pregunte en aquesta ocasió: no pot ser que les condicions postreproducció d'alguns, determinats o molts cossos embarassats provoquen de manera usual, quotidiana i sana determinats malestars? Josefa del grup 1, qui també ha viscut un malestar semblant, en una altra entrada diferent a la de Clara es pregunta el mateix:

“(…) ¿algo debe tener que ver el hecho de ser madres? ¿O en algo afecta el cambio hormonal que ocurre después?” (Josefa, grup 1).

En el marc d'aquesta problematització sobre la justificació de determinats malestars al marge de la medicina, al grup 1 trobem un fil discursiu encetat per una usuària de Bogotà en què explica que fa poc li van donar la notícia que a un amic l'havien ferit intentant robar-li i estava a l'hospital. Ella explica com aquesta notícia li va causar un atac de pànic i que des d'aleshores sent moltíssima por a eixir al carrer per si li roben o la maten. A aquesta entrada responen dos usuàries: “(…) No te preocupes, el problema que tenemos es que siempre nos anticipamos a las cosas y cómo no a pensar siempre en negativo, intenta cambiar eso (...)” (Mariluz, grup 1), i “ (...) Mucho ánimo cielo, sabemos que cuando la ansiedad nos ataca todos los órganos de nuestro cuerpo se ponen a funcionar a velocidad de vértigo. Túmbate, déjala estar sin luchar contra ella, respira, escucha música, es fácil decirlo te entiendo perfectamente (...)” (Mari, grup 1). Pel que es veu, les dos usuàries que responen, ambdues originàries i residents a l'Estat espanyol, s'identifiquen amb el malestar expressat per aquesta dona: “el problema que tenemos es que siempre nos anticipamos a las cosas” i l'atribueixen a la patologia que comparteixen: “sabemos que cuando la ansiedad nos ataca todos nuestros órganos se ponen a funcionar a velocidad de vértigo”.

En aquest cas se'm planteja una quarta pregunta: i si el que li passa a la “dona” que escriu l'entrada és que té por d'eixir al carrer simplement perquè viu en una societat especialment perillosa o violenta? En aquesta línia: i si les seues pors no tenen absolutament res a veure amb les de les companyes que li responen identificant-se i identificant els seus malestars amb ella?

Per últim, i en la mateixa línia que hem encetat, trobem el següent relat.

(...) ayer vi a una persona que hace muchos años me insultaba porque le gustaba a su novio. A mí jamás me intereso él. Aun así, él a espaldas de ella me decía cosas: guapa, quedemos, etc..., pero cuando estaba con ella me acosaban, insultaban, me pegaron etc... (...) llegué a estar 2 años encerrada por pánico a encontrármelos, incluso salía con alguien mayor sólo por protección y no estar sola, pues me pegaban, insultaban, me quitaban mi dinero y yo me paralizaba, tenía terror. Pasaron años. Eso duró cada vez que me veían (...) Ayer la vi al lado de mi casa y aunque la vi mil veces y agaché la

cabeza, ayer me dio un ataque (...) Me volvi una persona miedosa (...) Estoy enferma (...) Estoy harta de vivir con miedo, ya no soy una niña, ¿por qué no puedo olvidar el mal que me han hecho? (...) (Celia, grup 2).

Em qüestione, possiblement retòricament i també per últim: no poden les circumstàncies personals de cadascuna, diverses sempre, marcar el sentit dels nostres malestars? És desgabellat parlar de malestars justificats, que *a priori* és el que jo veig als relats d'aquestes usuàries?

Si un element comú s'observa als discursos de les usuàries que intenten explicar i explicar-se les causes, les raons o principis dels seus malestars, és que aquestes apareixen com a diverses però que totes acaben amb un mateix diagnòstic. Igual que als relats de les usuàries anteriors, altres usuàries atribueixen el seu malestar, la seua agorafòbia, a “perder un embarazo gemelar de 3 meses” (Eva, grup 1), al “estrés con la enfermedad de mi padre” (Mari, grup 1), o a “una tragedia” (Vero, grup 2).

Una altra qüestió que detectem en els discursos de la majoria de les usuàries és la laxitud en els símptomes. Les persones del grup, com sabem diagnosticades d'agorafòbia, parlen de malestars, de símptomes per a la majoria d'elles, tan diversos com el mareig, el fàstic als lactis, les ganes d'anar al bany, la diarrea, les ganes de vomitar o les guspises a les mans. Jo, per exemple, diagnosticada d'agorafòbia, mai he patit cap d'aquests malestars descrits, havent-ne patit molts altres. Alguns símptomes de què parlen les usuàries són, a més, tan generals que podrien atribuir-se a qualsevol malaltia, i algunes d'elles posen l'accent en aquesta confusió: “Bueno es que a ver, a todos el calor nos agobia y quizas un día no es un ataque de pánico y es una bajada de tensión” (Ana, grup 1).

Pel que comprovem amb aquest manament les experiències de les usuàries respecte al seu malestar són plurals i diverses, malgrat la tònica general del discurs mèdic agorafòbic actual d'ignorar les circumstàncies socials, contextuals i personals de les persones que pateixen el malestar, així com d'homogeneïtzar les biografies i realitats personals. El gir positivista en el discurs psiquiàtric, ocorregut les últimes dècades, ha comportat entre altres coses açò: l'absència en el discurs mèdic oficial de les narratives personals de les persones que pateixen. Sabem, som conscients, i és part de la nostra responsabilitat reconèixer-ho, la necessitat d'ordenació i classificació per a analitzar i explicar tant esdeveniments socials com

naturals. Però també és la nostra responsabilitat amb aquest treball problematitzar de quina manera es fan aquestes classificacions, i les conseqüències que aquestes poden comportar, així com visibilitzar que hi ha altres dimensions que participen en la malaltia a banda de la diagnòstica (*disease*), ja que és també des d'eixes altres dimensions, des de l'*illness* que tractem ací, des d'on molts cossos patologitzats viuen les seues experiències amb la malaltia i des d'on elaboren les seues estratègies de convivència amb ella.

3.2.1.3. Tercer manament: Et subjectivaràs com a agorafòbica

Autores i autors com Caponi (2016) o Hacking (2002) treballats en el marc teòric han posat l'accent en els processos de subjectivació que produeix el sistema biomèdic. La nostra identificació com a malaltes, però no com a malaltes en general, sinó com a encarnació d'un diagnòstic concret, ben definit i descrit pel discurs mèdic, porta per a aquestes autores i autors a la construcció de noves subjectivitats que comporten, al seu temps, noves maneres de relacionar-nos amb nosaltres mateixes i amb el nostre entorn.

Durant molts anys la meua carta de presentació ha estat: Hola, soc Assumpta i soc agorafòbica. M'he vist, m'he entés, m'he representat i m'he relacionat quasi exclusivament com a agorafòbica, oblidant-me milers de voltes d'altres moltes posicions que travessen la meua subjectivitat, oblidant-me de presentar-me com a sociòloga, de definir-me com a valenciana o de mostrar-me com a filla, amiga, neta o companya.

3.2.1.3.1. Diferent dels “altres” i entesa pels “teus”

Com hem vist al marc teòric, conceptes com identitat, identificació, equivalència o reconeixement esdevenen molt comuns en el marc de les comunitats virtuals que tractem.

El fet d'entrar a participar en els grups que analitzem suposa ja, per a les usuàries, una identificació el primer pas de la qual esdevé una acceptació de la seua identitat, una acceptació d'una determinada veritat sobre elles mateixa, com a agorafòbiques. Com tant sovint proclamen els llibres d'autoajuda psicològica: el pas primer i més important és acceptar que tens un problema. La importància de l'acceptació apareix amb facilitat als grups 1 i 2 com es veu als discursos següents: “Paso 1, acéptate con tu problema así como

el que tiene diabetes por ejemplo” (Alma, grup 1), “Primero pensar en ti y aceptar lo que tienes, luego ir a un terapeuta y pedir ayuda médica, después trabajo duro cada día (...)” (Eva, grup 1) o “ (...) Yo también tuve agorafobia en la última etapa de la adolescencia y te doy la enhorabuena por aceptar tu problema a tan corta edad y buscar ayuda” (Cruz, grup 2).

La principal manera en què observem que les usuàries dels tres grups corroboren la pròpia identitat agorafòbica és a partir de la identificació amb els altres, individualment: “(...) A mí me pasa igual (...)” (Mariluz, grup 1); “(...) a mí me pasa exactamente lo mismo” (Celia, grup 2); “(...) a mí también me pasa eso” (Merche, grup 2); “Yo tengo lo mismo” (Olga, grup 3; i també col·lectivament: “(...) hemos pasado por ahí yo creo que todos los que padecemos agorafobia” (Charo, grup 1); “(...) creo que todos andamos igual (...)” (Guada, grup 2).

Des de la dècada passada, disciplines entre les quals es troba la sociologia han iniciat un procés de deconstrucció de la noció d'identitat com a integral i unificada a partir de la conceptualització del fet que aquesta no esdevé fixa i inamobible sinó que es construeix com un procés dinàmic, relacional i dialògic que es desenvolupa en relació amb un “altre” (Marcús, 2011). Entendre la identitat com un procés relacional esdevé atorgar-li en aquest procés un lloc important a l'alteritat. Des d'aquesta perspectiva, la identitat sols pot construir-se a través de la relació amb l'altre, especialment amb allò que l'altre no és, el que es denomina “afora constitutiu” (Butler, 2001; Hall, 2003).

Al grup 2 observem un fil discursiu en què per a moltes usuàries participants la seua identificació com a agorafòbiques es produeix precisament a partir de l'alteritat, és a dir, reconeixent l'altre o altres com a individu o grup diferent a través de l'oposició. El fil comença amb l'entrada d'una usuària contant que després de molts anys ha aconseguit anar a la perruqueria. A aquesta entrada les companyes responen coses com: “(...) es una pasada, lo que para otr@s es algo habitual, para nosotr@s es una superación” (Susana, grup 2), “(...) es increíble lo que para mi madre es un placer y va muy a menudo, para nosotros es un sacrificio de la leche (...)” (Celia, grup 2) i “La gente que no padece agorafobia supongo que no lo entenderá (...)” (Sonia, grup 2). Paraules com “nosotr@s” y “otr@s” denoten clarament la conceptualització del propi en oposició a l'alié.

Aquesta oposició o confrontació troba la seua raó de ser, per a algunes integrants del grup 2, en el fet de no sentir-se enteses. L'articulació d'aquesta oposició la il·lustra una usuària del grup a l'afirmar que "(...) como a ellos no les pasa no lo entienden (...)" (Marta, grup 2). Açò és així perquè una de les grans forces del grup com a espai d'identificació mútua per a elles és que ahí, i no fora, és on se senten enteses i ajudades. Una usuària d'aquest mateix grup ho destaca així:

(...) Disculpen lo extenso pero siento que solo aquí me podrán entender porque con mi familia me escuchan me entienden pero creen que es algo que depende de mí y de dejar de pensar tonterías pero no lo es y no sé cómo salir de esto... (Alicia, grup 2).

La importància de l'enteniment com a element d'identificació i cohesió del grup està també present en les narracions d'altres usuàries, aquesta volta també d'usuàries del grup 1: "Encontrar a personas como nosotras nos hace sentir que no somos los únicos, nadie mejor para entendernos, para saber lo que es nuestro día a día (...)" (Mari, grup 1); "Lo cierto es que todos merecemos una oportunidad de vivir una vida mejor. Ayuda compartirlo y ver que otras personas nos entienden y que sufren la misma situación" (Joana, grup 1), o; "Apóyate en gente que te entienda, puede parecer una tontería pero en este grupo todos entendemos a todos y sentirse comprendido es fundamental" (Estefanía, grup 2).

Esdevé crucial comprendre que aquest enteniment, aquesta comprensió i aquest compartir de què parlen els discursos de les usuàries es fonamenta expressament sobre les identitats i processos que les usuàries construeixen i desenvolupen al voltant de l'agorafòbia. En aquest sentit, una usuària del grup 1 explica a un company nouvingut que es defineix com a agorafòbic i esquizofrènic: "(...) Aquí te podremos entender y apoyar, pero sólo sobre agorafobia y crisis de pánico. De los otros trastornos que comentas que padeces no tenemos información para poder ayudarte" (Laura, grup 1).

3.2.1.3.2. Ser, estar, tindre, patir

Un debat teòric fonamental al voltant de la identitat pel qual s'ha preocupat, entre altres disciplines, la sociologia, és aquell que contraposa les visions essencialistes i les constructivistes i relacionals. L'essencialisme suposa que existeix una essència real d'allò que és immutable i constitutiu d'una persona. Aquesta essència es considera presocial, és a

dir, l'organització social la pot fomentar o reprimir però mai modificar (Fuss, 1999). Des d'aquesta perspectiva essencialista la identitat esdevé quelcom que "s'és", postulant aquest essencialisme una identitat fixa i permanent. En termes biomèdics, a més, la identitat essencialista esdevé fortament biologicista.

Podem observar a partir dels discursos de les usuàries del grup 2 com algunes d'elles desenvolupen una identitat agorafòbica essencialista: "Hola, soy agorafóbica" (Àngela, grup 2); "Soy mamá y agorafóbica, completita" (Estefania, grup 2) o, "Soy agorafóbica desde hace 13 años (...)" (Gina, grup 2). En la mateixa línia, una usuària del grup 1 entén la seua agorafòbia com a condició, això és, com a naturalesa o característica pròpia i definitiva d'un ser o conjunt d'éssers: "(...) A mí no me importaría estar con una persona con nuestra condición (...)" (Espe, grup 1).

Una manera d'alterar la pròpia identitat agorafòbica essencialista és des de l'humor. En aquest marc tangencial se situa el discurs d'una altra usuària del grup 1: "Yo como agorafóbica jejeje tomé medicina lo cual no me hizo bien (...)" (Josefa, grup 1). L'humor permet a aquesta usuària performativitzar i transformar la serietat que implicaria *a priori* una identitat diagnòstica essencialista, això és, natural, fixa i única.

L'essència, però, no és l'única manera des de la qual les usuàries es gestionen amb l'etiqueta agorafòbica. De fet, no és ni tan sols la majoritària. En el camp teòric hi ha nombroses autores i autors, no sols des de la sociologia sinó també des d'altres camps com el de les teories de gènere o el de les teories feministes que ens interessen en aquest treball, aplicades en deconstruir la identitat essencialista i projectar aquesta com quelcom construït i relacional. En aquesta disjuntiva sorgeix el concepte de posició. Parlar des de les posicions significa no donar per sentada l'existència de cap identitat definida i unitària, sinó parlar del procés de subjectivació en termes d'una trama de posicions de subjecte sorgida a partir d'una complexa interrelació d'identificacions heterogènies (Bonder, 1998). A partir d'aquesta aproximació, el "ser" essencialista es transforma en "l'estar" posicional. Així, trobem moltes usuàries en els grups 1 i 2 que lluny de "ser" agorafòbiques "estan" amb agorafòbia, l'exemple de les quals podrien ser les dues següents: "(...) y desde entonces, hace ya 6 años, así estoy, con agorafobia" (Mari, grup 1) i "(...) estuve 5 años con esta enfermedad" (Lucía, grup 2).

En la línia de “l’estar”, altres usuàries parlen de l’agorafòbia des del “portar” en termes temporals, això és, detonació d’haver passat un determinat període de temps en una mateixa situació. Així ho expressen, entre altres, aquestes tres usuàries dels grups 1 i 2: “Quiero decirte que te comprendo perfectamente, pues yo llevo con agorafobia hace muchos años” (Montse grup 1); “Llevo 19 años con agorafobia, ¿alguien del grupo lleva tantos años o soy la única?” (Eli, grup 2), i; “Sin comentarios, llevo desde los 13 años con agorafobia” (Paula, grup 2).

L’agorafòbia, a més d’esdevenir quelcom que “s’és”, una situació que es “porta” o un moment en què “s’està”, també pot ser una etiqueta que es “té”. Així és per a moltes usuàries tant individualment: “(...) yo tengo agorafobia desde los 12 años y tengo 53” (Toñi, grup 1); “(...) tengo agorafobia” (Patri, grup 1) o, “(...) tengo 38 años y desde los 19 tengo agorafobia” (Guada, grup 2), com col·lectivament: “Tenemos agorafobia (...)” (Reme, grup 1) o; “(...) te lo digo por experiencia propia, así como todos los que tenemos agorafobia” (Laura, grup 1).

“Ser”, “estar”, “portar” o “tenir” no són les úniques maneres d’experimentar la subjectivitat agorafòbica. L’agorafòbia també apareix als relats dels grups com quelcom que es “pateix”, individualment i col·lectivament, tal com narren algunes usuàries del grup 1: “(...) yo no grito ni soy violenta, sufro de agorafobia” (Eva, grup 1), “(...) yo creo que todos los que padecemos agorafobia lo hemos pasado” (Paloma, grup 1). D’igual manera, al grup 2 trobem testimonis paral·lels que individualment afirmen: “hace trece años que sufro agorafobia” (Bea, grup 2), i en el pla col·lectiu se subjectiven en un “nosotros, los que padecemos agorafobia” (Anto, grup 2), fent de la identitat agorafòbica en aquestes comunitats virtuals un procés de subjectivació i identificació amb un fort component col·lectiu.

Aquestes maneres de viure o experimentar la subjectivitat agorafòbica diferents al “ser” que desenvolupen moltes usuàries dels grups, esdevenen una manera de reptar l’essència biologicista de la medicina, així com una manera de mostrar com el subjecte és agent, que no actor voluntarista, en el seu procés de subjectivació. En aquest punt és necessari referir-se al concepte de responsabilitat de Jeffrey Weeks. Responsabilitat suposarà assumir ací el

limitat grau d'agència en les nostres maneres d'estar en el món, així com reconèixer la influència dels elements externs (Weeks, 1993).

Moltes usuàries ho fan potser de manera inconscient, però d'altres poques saben de què parlen quan afirmen no "ser" agorafòbiques, establint una resistència conscient, voluntària i vindicativa a aquesta etiqueta identitària. És el cas tangencial de dos usuàries del grup 1. La primera d'elles repeteix en diverses entrades al llarg de tot el període analitzat una mateixa proclama, elaborada a partir de diferents composicions lèxiques però amb un contingut clar: "(...) quitarnos de la cabeza que somos agorafóbicos por el tengo agorafobia, y voy a superarla. No podemos etiquetarnos con esa palabra porque nos daña" (Mari, grup 1). D'igual manera, una altra companya del mateix grup lidia en la mateixa direcció: "No somos agorafóbicos, tenemos agorafobia. Parece una tontería pero no lo es" (Toya, grup 1).

A més d'aquests reclams clars i directes, trobem també a partir d'una usuària del grup 2 altres maneres de desenvolupar perifèricament resistències a l'etiqueta agorafòbica. La usuària de què parlem respon al dubte plantejat per una companya de grup respecte al fet d'informar o no en la feina sobre la seua malaltia.

(...) Nadie está obligado a proporcionar ninguna clase de información médica o personal en el entorno laboral, a no ser que realmente sea un impedimento serio para hacer nuestro trabajo. Si eres controlador aéreo y tienes problemas serios de vista, está claro que lo honesto es informar, sería muy grave no hacerlo. Pero el hecho de que a veces te suden las manos cuando te pones nervioso no me parece un impedimento serio para un trabajo de cara al público y no creo que callárselo sea ser deshonesto (Anabel, grup 2).

Amb aquesta declaració, la usuària no està únicament donant un consell pràctic i quotidià a una companya, sinó que el que hi ha al darrere del seu discurs és una resistència al fet que el posicionament agorafòbic siga el posicionament principal en la nostra subjectivació heterogènia. Si un aspecte trau el cap de manera clara a partir de l'anàlisi dels grups que realitzem, és que per a les persones diagnosticades d'agorafòbia aquesta posició ocupa un lloc prioritari en els seus processos identitàris, i que tot el que suppose visibilitzar que estem travessades per posicions múltiples esdevé ja de per si una resistència a la identitat agorafòbica essencialista de la biomedicina.

3.2.1.3.3. Identitats múltiples

Observem als discursos que la subjectivitat agorafòbica que desenvolupen la majoria de les usuàries tant en el grup 1, 2 i 3, porta aparellada altres elements lligats o relacionats amb l'etiqueta agorafòbica. Així, les persones que es subjectiven o s'identifiquen com a agorafòbiques, es subjectiven també a partir d'altres etiquetes vivint, experimentant i performativitzant quelcom que ací anomenarem subjectivitats múltiples a partir de la subjectivitat o identitat agorafòbica. D'aquesta manera, "ser" o "estar" agorafòbiques implica per a elles "ser" també altres coses o "estar" també en altres posicionaments a partir de l'agorafòbic i en relació amb aquest.

Una de les etiquetes que més apareix, i el principi a partir del qual s'identifiquen les usuàries com a agorafòbiques, és l'etiqueta "malalta". En aquesta línia trobem afirmacions com aquestes: "(...) estoy enferma, ¿qué pasa? (...)" (Celia, grup 2) o "(...) las personas, aunque tengamos una enfermedad mental, somos ante todo personas y merecemos un respeto (...)" (Cris, grup 3).

L'etiqueta "malalta", l'etiqueta patològica, porta implícita necessàriament una etiqueta "d'anormalitat i desviació" front a la normalitat (o normativitat) que implica la salut, i així es denota als discursos d'usuàries que expressen "(...) quiero volver a ser normal" (Vivi, grup 2) o "(...) pensaba que podía ser una persona normal y viajar, pero no" (Berta, grup 2).

Algunes de les usuàries porten la identitat o etiqueta malalta més enllà de la pròpia subjectivitat o la subjectivitat col·lectiva del grup reivindicant una identitat que *de facto* siga també institucional, reivindicant ser concebudes com a malaltes també per les institucions. Aquest és el cas d'una usuària del grup 2 qui pregunta en una entrada: "(...) ¿alguno de vosotros ha sido reconocido incapacitado por alguna aministración del estado, si es asi ¿os están dando alguna pensión?" (Nerea, grup 2). En la mateixa línia i en un to més reivindicatiu, trobem el discurs de la següent usuària: "(...) Creo que esta patología debería reconocerse, deberían reconocernos y darnos una discapacidad (...)" (Estefanía, grup 2).

D'una manera agencial s'erigeixen veus tangencials decidides a renegar de l'etiqueta "malalta". Així ho expressa una usuària del grup 2:

Para empezar, no es una enfermedad, no eres enferma, quitate eso de la cabeza. Sólo es una mala interpretación de las sensaciones y síntomas, y miedo a sentir miedo. Por eso cambiando tu capacidad cognitiva puedes llegar a pararlo. Besos (Blanca, grup 2).

La identitat agorafòbica, a més d'una subjectivitat general malalta, també implica per a algunes usuàries el desenvolupament d'altres subjectivitats mèdiques. Així, tot i que l'última usuària esmentada semblava renunciar a l'etiqueta més general de malalta, no segueix el mateix patró cap a altres etiquetes diagnòstiques, afirmant en una altra entrada: "Sí, es normal en mí. Llegué a pensar que soy antisocial" (Blanca, grup 2). D'una manera semblant, una usuària del grup 1 afirma en un plural inclusiu: "Nos hacemos antisociales por las circunstancias y nuestra mejor amiga es la soledad (...)" (Raquel, grup 1). Esdevendria irreflexiu no pensar que aquesta tendència a la identificació amb altres etiquetes mèdiques o diagnòstiques podria respondre al que hem esmentat al segon manament, això és, la sobreclassificació diagnòstica que afecta a moltes usuàries dels tres grups.

Seguint amb la mateixa dinàmica, però enfocades al diagnòstic de TLP, trastorn límit de la personalitat, dues usuàries del grup 2 afirmen: "(...) soy TPL" (Nina, grup 2) i "(...) aunque soy TLP llevo 1 año con agorafobia (...)" (Lulu, grup 2). En aquesta mateixa direcció podríem interpretar l'autodiagnòstic com a PAS de Laura, una de les nostres entrevistades en el primer capítol d'aquesta anàlisi.

Però a banda, o a més, de les identitats mèdiques, hi ha altres identitats que apareixen en els discursos de les usuàries i a partir de les quals, individualment i col·lectivament, es construeixen com a subjectes agorafòbics. Potser aquella que més apareix, la més freqüent, és la identitat guerrera o lluitadora, de manera que esdevé fàcil trobar discursos, sobretot als grups 1 i 2, com aquests: "Eres una campeona... somos todos unos guerreros (...)" (Joana, grup 1); "¡Mucho ánimo, somos guerreras!" (Carmen, grup 1); "(...) Somos valientes y saldremos de esta (...)" (Rosa, grup 1) o; "(...) somos fuertes aunque no lo creamos (...)" (Miriam, grup 2).

Com afirma Sontag (1990), no hi ha res més punitiu que donar-li un significat a una malaltia, un significat que resulta invariablement moralista. Les metàfores referents a la lluita, la personificació de les agorafòbiques com a guerreres, és un d'eixos significats. Significacions i connotacions que tendeixen a ser crucials en malalties els orígens de les quals esdevenen

foscas i el seu tractament ineficaç. Sostenim d'acord amb aquesta autora, que el que *a priori* podria ser una identitat individual i col·lectiva en positiu, això és, lligada al pensament positiu del qual ja hem parlat, amaga en el fons una sobrerresponsabilització cap a les usuàries, ja que es dona per sentat que la cura depèn en primer terme de la capacitat d'esforç d'aquestes. Aquest fet, a més, resulta molt funcional per a la institució mèdica en tant que invisibilitza un possible mal funcionament dels tractaments posant el focus únicament en els modes de fer d'aquelles que els reben.

Per últim, hi ha una identitat que apareix subtilment en bastants discursos de les usuàries, una identitat que podria passar desapercebuda però que per a nosaltres esdevé un dels punts a partir del qual aquest treball adquireix el seu sentit. Parlem de la identitat genèrica. Tot i ser els tres grups mixtes, formats per persones que identificaríem com a “dones” i persones que identificaríem com a “homes”, i tot i ser el masculí el plural neutre en llengua castellana, resulta significatiu com algunes usuàries quan es dirigeixen o refereixen al conjunt del grup ho fan en femení. Aquests són alguns exemples: “(...) un abrazo a todas las guerreras” (Toñi, grup 1); “Ánimo, todas pasamos por cosas así (...)” (Oti, grup 1); “¡Vamos chicas!” (Ella, grup 1); “Gracias chicas, vosotras también lo superaréis” (Ana, grup 1), o; “(...) Parece que solas hacemos mucho más y encima nos sentimos tres mil veces más orgullosas (...)” (Marina, grup 3). Com s'observa a partir del “chicas”, “guerreras” o “orgullosas”, algunes usuàries identifiquen els grups com a femenins fent patent que les subjectivitats agorafòbiques, a més de ser subjectivitats malaltes o lluitadores, són també subjectivitats genèriques.

La interiorització d'unes determinades identitats, l'assumpció d'unes determinades etiquetes, comporta en molts punts, i sempre tenint presents les possibilitats d'agenciació i transformació, que la “malalta” comence a comportar-se com a tal, que “l'agorafòbica” actue com a agorafòbica, que la “guerrera” vulga i intente treure forces d'on siga per a lluitar, que la “dona” faça el s'espera d'una dona... Willem Hofstee (1980) sosté que en la separació entre el subjecte i la seua descripció, és aquesta última la que descriu la conducta del primer, i en el camp de la psiquiatria i la psicologia els sistemes de classificació i descripció esdevenen principis d'articulació científica, veritats absolutes i modes per excel·lència de procedir. A partir d'ací, en el moment en què les persones són reunides en categories aprenen d'aquestes categories com comportar-se (Bowker i Star, 2000). És el que Hacking (2002) ha

anomenat “making people” i pel qual ha caracteritzat ciències com la biomèdica. En el cas que ens ocupa, la classificació i descripció, l’atribució (i autoatribució) de certes identitats i etiquetes convertiria el discurs agorafòbic en un aparell de fer malaltes, de fer lluitadores i de fer determinades feminitats o feminitats (quasi) determinades.

3.2.1.4. Quart manament: Et relacionaràs amb el sistema biomèdic

Com esmentava al primer manament, aquell 11 de març de 2003 quan vaig començar a sentir-me malament la primera cosa que vaig fer fou acudir a un centre de salut. Soc neboda de metge titulat i filla de metge postís que mai va poder estudiar, per tant sempre he tingut interioritzada una relació propera amb el sistema biomèdic.

Fins que vaig començar aquest treball, que m’ha suposat una important introspecció personal, mai havia posat en dubte la biomedicina. Era la ciència de la veritat per excel·lència també per a mi, i per això vaig acatar responsablement tots els seus dictàmens i prescripcions respecte al meu trastorn. Ho he fet els últims 18 anys. Amb el temps, amb el contacte amb innumbrables professionals de la salut, psicòlogues i psicòlegs, llibres d’autoajuda i recerques a Internet he anat interioritzant els preceptes de la biomedicina cap al meu trastorn, entenent-lo en termes biomèdics, sabent què fer per a estar millor i què no fer si vull no empitjorar, arribant a tenir una metgessa i una psicòloga dins meu o, millor, sent la corporalització del sistema biomèdic en el cos d’una malalta. Recorde, fins i tot, una conversa amb una psicòloga que em tractava que acabava així: ets ja més psicòloga que jo, amb tot el que has après podries tractar l’agorafòbia millor que jo.

3.2.1.4.1. Legitimació i acatament

A l’anàlisi dels grups observem dos dinàmiques discursives respecte a les relacions de les usuàries amb el sistema biomèdic. La primera dinàmica reproduiria el model parsonià de relació asimètrica entre professionals de la medicina i pacients (Parsons, 1978). Aquest model compta amb una forta base ideològica tradicional fonamentada sobre la legitimitat mèdica a través de la combinació de tres elements: el poder, l’autoritat i el coneixement.

D'altra banda, observem una segona dinàmica en què la relació per part de les usuàries amb el sistema biomèdic ja no es produeix des de fora o cap a fora, sinó que s'interioritza fins al punt d'esdevenir les mateixes usuàries les propietàries del coneixement i les encarregades d'autoaplicar-lo a les seues vivències i experiències corporals.

Aquestes dos dinàmiques, tot i poder semblar oposades, en la pràctica dels discursos i realitats de les usuàries s'acoblen, deixant a la vista uns processos de construcció de relacions amb el sistema biomèdic contingents i fluides, deixant patent aquests processos com a realitats canviantes susceptibles d'influència per part dels discursos socials així com d'incidència per part de les que els viuen.

En el model biomèdic la malaltia està definida com una condició orgànica individual que pot ser curada, i que requereix ser tractada, en un context mèdic alié al món habitual de la persona (Bilton et al., 2002). El primer fil discursiu que trobem a l'anàlisi dels grups respecte a la relació de les usuàries amb el sistema biomèdic parla precisament d'això, de l'acceptació per part de les pacients (o usuàries) de l'autoritat superior de la metgessa o del metge per a tractar un problema que sols ella o ell, sols des del seu context, es pot tractar. En aquesta dinàmica relacional les pacients ocupen un rol passiu, fruit de la desinformació o el desconeixement (Zaballos Samper i Peñaranda-Cólera, 2015), front al sistema biomèdic aglutinador del coneixement legítim.

La relació que s'estableix així entre usuàries/pacients i sistema biomèdic és una relació de poder desigual fonamentada en la construcció de les i els professionals del sistema biomèdic com a úniques i únics experts en els problemes de les pacients/usuàries, i les pacients/ usuàries com a defensores i legitimadores de l'estatus professional de metgesses i metges.

Exemple d'aquest tipus de relació són els següents testimonis que trobem als grups 1 i 2: "(...) siempre su médico sabrá qué es lo mejor y la mejor manera de ayudarte (...)" (Mari, grup 1); "(...) En 17 años es mi 5 recaída y se me está resistiendo demasiado por no haber acudido antes al médico y pensar que podría salir sola. Pedir siempre ayuda (...)" (Estefanía, grup 2), o; "(...) Lo importante es que recibas ayuda psicológica y si te mandan medicación la tomes durante el tiempo que la necesites (...)" (Aura, grup 2).

Al llarg de l'anàlisi trobem, per altra banda, discursos tangencials configurats com a formes d'oposició a les relacions de poder mantingudes en el context biomèdic. Així ho expressa una usuària del grup 2: "Exacto, nadie nos va a quitar el miedo. No pastilla mágica y no estar debajo de la falda de nadie, ni ataduras con médicos de la índole que sean, quiero disfrutar de la vida y encuentro herramientas, nadie las tiene" (Marisa, grup 2).

En aquesta línia, algunes usuàries situen el sistema sanitari públic de l'Estat espanyol en un punt de mira crític, qüestionant i valorant les seues actuacions, així com la professionalitat d'aquelles i aquells que el personifiquen. És el cas de dos usuàries també del grup 2. La primera d'elles afirma: "(...) jamás me he sentido apoyada ni por la seguridad social ni por el tribunal médico (...)" (Estefanía, grup 2). La segona, per la seua banda, narra la seua experiència amb la Seguretat Social així:

(...) Primero me marearon como 4 meses de aquí para allá, mandándome de un lado a otro sin terapia ni nada parecido. Del psiquiatra al psicólogo, a partir de aquí, expliqué los hechos como 5 veces a personas diferentes. Pero vaya, es lo que hay en este sistema. Lo que más me molesta es que parece que la psicóloga ni si quiera entendió qué problemas tengo específicamente, que me da "remedios" que encuentro que no irán remediando mi problema, porque para mí realmente no me supone una mayor dificultad. Terapias de mes a mes, con consultas que duran 10 minutos y "qué bien vas, sigue así", literalmente (...) (Maca, grup 2).

Com hem vist al primer manament, i com ja ens advertien Comelles (2000) i Menéndez (2003, 2018), la biomedicina no és percebuda per moltes usuàries com l'única font possible d'atenció, curació o tractament per a l'agorafòbia. Al contrari, als grups s'aglutinen idees i recursos alternatius contemplats per les usuàries com a solucions o remeis als seus malestars.

3.2.1.4.2. Control i autocontrol en la usuària experta

Els últims anys estan produint-se canvis en la relació entre les i els pacients i el sistema biomèdic. La sociologia moderna intenta explicar aquests canvis mitjançant els conceptes de modernització reflexiva, vida o societat líquida o fi de la història (Jovell, 2006). En aquesta línia hem tractat la transmissió d'informació i sabers de les comunitats virtuals en el punt 3.1.3.2.

En l'actualitat o modernitat líquida (Bauman, 2002), el pacient passiu parsonià es torna pacient expert. Aquest canvi de la relació del pacient amb l'entorn sanitari i respecte a la seua salut personal podria estar qüestionant, segons Pedro Gallo i Joan Gené (2011), el tradicional model de relació entre els pacients i el sistema biopolític basat en el consens parsonià, quan s'introdueixen altres models de relació més propis de la gestió d'agendes i de la negociació i el diàleg. Tot açò es veu alentat per l'ús intensiu de tecnologies de la informació i la comunicació. I és que, d'acord amb la nostra anàlisi, podríem afegir que la proliferació de xarxes socials com a comunitats virtuals i pràctiques en què informar-se i experimentar la malaltia de manera individual però sobretot col·lectiva, està transformant el paper de les pacients/usuàries. Dos bons exemples d'usuàries expertes, informades i que fan servir aquesta informació en les seues narracions en trobem al grup 1.

Ánimo, todas pasamos cosas así. Intenta controlar la respiración pues eso se debe a que hiperventilas y dejas el cerebro sin oxígeno. Es terrible, lo sé porque a mí me pasaba lo mismo. Esos mareos, lo de ver a la gente borrosa es terrible pero poco a poco se va mejorando. Eso sí, con medicación. Yo tiro de los ansiolíticos, llevo años pero mejoras muchísimo. Besos desde Galicia (Oti, grup 1).

Las respiración agitada y prolongada sobreoxigena la sangre provocando hormigueos y hasta la insensibilización de los miembros y cabeza. Hay que respirar a través de una máscara o bolsa de papel en forma lenta y regular para bajar el oxígeno en sangre. Esto es lo primero. Luego, si la persona está medicada el alprazolán, clonazepán, lorazepán son muy efectivas actuando sobre el sistema nervioso bajando el ritmo cardíaco y la tensión arterial. Y tener en cuenta que no es grave, que tu vida no corre peligro y que todo pasará. Lo sufro desde hace años (Gemma, grup 1).

Al grup 2 trobem també un molt bon exemple d'usuària experta. Mentre en el grup 1 les usuàries expertes dirigeixen els seus coneixements, i les narracions conseqüència d'aquests, en l'àmbit de la *medicamentització*, en el següent relat d'una usuària del grup 2 s'observa una major tendència a dirigir la informació de la qual s'és experta cap a la teràpia, en especial cap a la teràpia cognitiu-conductual.

¡Ánimo y bienvenida! Si aún no lo has hecho, te aconsejo buscar un psicólogo cognitivo conductual que te eche una mano. El enfoque de este tipo de terapias es muy práctico y muy eficaz. No te presiones con lo del trabajo: no es el momento, pero el momento

llegará. Pensar en eso ahora mismo sólo te generaría más ansiedad. Tu prioridad en estos momentos es volver a estar bien. Si te hubieras roto una pierna, todo el mundo entendería que necesitas recuperarte antes de trabajar, ¿a que sí? Tómate la terapia como si fuera fisioterapia para una fractura. Tienes que hacerla para estar bien, pero no es culpa tuya que te lleve un tiempo recuperarte. El truco para superar esto es marcarse objetivos pequeños y realizables. Si no puedes ir a comprar el pan, prueba a caminar hasta la esquina y volver, hasta que puedas hacerlo con menos ansiedad y atreverte con la esquina siguiente. Prueba a ir a por el pan acompañada durante unos días, hasta que eso ya sea fácil. Cuando lo tengas controlado, ve a por el pan caminando unos metros por delante de tu pareja. Al cabo de unos días, podrás pedirle a tu pareja que te espere a medio camino y hacer la otra mitad tú sola. Así, gradualmente. Llegará un momento en que ir tú sola a por el pan ya no supondrá una dificultad tan grande. Puede que ya no te cueste en absoluto, la mayor parte de los días. Y en ese momento podrás marcarte el siguiente objetivo. Hacer ejercicio, ir en bicicleta o con una mascota, aprender ejercicios de relajación... todo eso ayuda. ¡Aupa, que tú puedes! (Anabel, grup 2).

Des de l'entorn de la biomedicina, autors com Jovell (2006) parlen d'aquesta nova relació entre les i els pacients i el sistema biomèdic en termes positius. Però major informació no suposa necessàriament ni millor coneixement, ni igualtat i responsabilitat mútua entre pacients i sistema biomèdic. Nosaltres, des de la perspectiva sociològica, en concret des del marc d'una sociologia mèdica crítica, valorem les possibilitats d'agència i redefinició de les relacions medicopacients alhora que problematitzem les possibilitats pràctiques d'aquesta nova relació. Per a açò ens és necessari recuperar el concepte de "risc" exposat per Foucault i treballat ja al marc teòric.

Seguint a Foucault (2009b), les diferents formes de gestió del risc constitueixen estratègies biopolítiques que es vinculen amb les mutacions en les pràctiques i els discursos mèdics com a estratègia de govern dels cossos. I des d'ací podem aventurar que la figura de l'usuària experta esdevé en alguns casos una forma de gestió del risc consistent en la seua minimització: ja no ens diuen des de fora el que hem de fer (o no fer) per a estar saludables, ara ho tenim interioritzat.

L'última usuària anomenada exposa en altra entrada com a risc en la seua agorafòbia deixar d'eixir al carrer.

(...) No dejes de salir, aunque sea acompañada. Cuantas más situaciones evitemos, más empeora la agorafobia. Es fundamental ir plantándole cara, si forzar mucho pero sin rendirse. ¿Haces terapia? (Anabel, grup 2).

Trobem també als grups 1 i 3 més maneres d'expressar i gestionar el risc, o els riscos, implícits en el trastorn agorafòbic. Des de la importància de l'assistència mèdica: "(...) ir a un terapeuta y pedir ayuda médica, (...) intentando más que nada salir de tu zona de confort, la agorafobia nos encierra si no le damos lucha (...)" (Eva, grup 1); passant per la *medicamentació*: "(...) ve planteándote dar biberón a la niña (...) es necesario mirar por uno. Tú podrás tomar cualquier tranquilizante y estar mejor. Si tú te pones mal el bebé pierde, necesita una mamá sana. Mira a ver y plantéatelo por favor" (Joana, grup 1); fins a arribar de nou a la importància d'eixir al carrer: "Pues abrir la puerta (...) tienes que salir de tu zona de confort para superar tu ansiedad (...) Hay días que a mí me gana el miedo y la depresión pero si no hago esto todos los días jamás lo podré superar" (Desi, grup 3).

El principal risc per a les agorafòbiques és la recaiguda, quelcom que suposaria tornar a no poder eixir al carrer. Com es veu, les usuàries basen l'autocontrol biopolític, o el control en forma de recomanacions a la resta del grup per a vèncer aquests riscos, en tres elements: l'assistència mèdica, la *medicamentació* i la teràpia cognitiu-conductual o les tècniques conductuals consistents en eixir al carrer i exposar-se.

Com afirmen Alejandro Zaballos Samper i Maria del Carmen Peñaranda-Cólera (2015), la relació de la persona amb el sistema sanitari, amb ella mateixa i amb l'altra o l'altre al voltant de la malaltia es construeix a partir del coneixement generat per un conjunt d'experts, organismes, institucions, etc. La usuària agorafòbica, com la pacient amb VIH que exposen aquests autors al seu treball, disposa actualment d'una gran quantitat d'informació respecte al seu trastorn provinent del contacte amb metgesses, metges i terapeutes, de llibres i revistes mèdiques d'autoajuda, o d'aquestes mateixes xarxes socials. Informació que inclou consells, pautes i maneres de fer quotidianes respecte al seu trastorn que, tot i que consideren l'agencialitat i creativitat subjectiva i col·lectiva, estan inscrites en un marc estructural biomèdic. Tot açò possibilita una gran gestió quotidiana de l'agorafòbia, desplegant un procés d'autodefinició biomèdica i establint un règim que aglutina jocs de relacions, dimensions vitals, intensitats i multiplicitats.

Aquesta idea està relacionada amb el concepte de “règim de vitalitat” de Francisco Tirado (2011), noció paral·lela a la idea de règims de veritat, formes de govern i modes de subjectivació de Foucault. Per a aquest autor, el “règim de vitalitat” esdevé:

el canon que aspira a ser cada vez más verídico sobre qué relación debemos establecer con el acontecer cotidiano que supone la enfermedad y la salud y, por supuesto, con el conocimiento biomédico. Los regímenes de vitalidad son verdades sobre la vida y cómo vivirla (Tirado, 2011, p. 12).

La usuària experta és, aleshores i en molts casos, la personalització d'aquests règims de vitalitat, del control mèdic biopolític. Una personalització en forma d'autocontrol que les usuàries estableixen sobre elles mateixa (i sobre la resta del grup) per a la minimització del risc. I un autocontrol que parteix del fer més quotidià, dels modes en què viuen com a agorafòbiques en el dia a dia.

Localitzem en els grups dos tipus d'usuàries expertes: 1) usuàries expertes “corrents”, i 2) usuàries expertes amb autoritat. Les usuàries expertes amb autoritat juguen en els grups el rol de la mirada mèdica en un àmbit fora de la medicina, en uns grups sobre els quals *a priori* la biomedicina no té control.

Hem reconegut usuàries expertes en els grups 1 i 2, i en ambdós grups part d'aquestes usuàries són les administradores i creadores d'eixos grups. Aquestes són a les que anomenem ací usuàries expertes amb autoritat. En el grup 1 les usuàries expertes amb autoritat identificades són Toya, Julio, Lorena i Sílvia. L'autoritat que els confereix ser les creadores i administradores de la plataforma fa que siguen preses com a exemple per a la resta del grup: “Toya y Julio por Dios arriba que si no me quedo sin ejemplo” (Clara, grup 1) i, per tant, allò que diuen i fan, els modes en què gestionen la seua agorafòbia també suposarà un exemple de com fer-ho: “Yo hace unos años atrás miraba los videos de Toya y me hacían mucho bien” (Eva, grup 1). Tot i que Sílvia, una de les nostres entrevistades de qui ja hem parlat al capítol 1 de la nostra anàlisi, presenta més fluïdesa en el seu discurs respecte a la relació amb el sistema biomèdic, pel que fa a Toya, la més veterana de les administradores i, potser per açò, la que sembla que compta amb més legitimitat per part de la resta del grup,

presenta un discurs general que és fàcil de distingir com un discurs que narra unes maneres de gestionar la malaltia d'acord amb les marcades pel sistema biomèdic.

Yo tomo medicación hace 25 años (...) me costó la misma vida volver a salir a la calle después de estar 6 meses recluida en casa y al principio era muy reacia a tomar medicación, hasta que un psiquiatra me dijo: ¿si fueses diabética tomarías medicación? Por supuesto, le dije. Y me contestó: pues a ti te hace falta esta. Y fué mi salvación, junto con mi fuerza de voluntad, por supuesto, y empecé a vivir de nuevo, poco a poco pude hacer vida normal. Nunca volví a mi vida de antes, pero salgo sola a comprar, voy a centros comerciales, salgo con mi familia y amigos, incluso hago viajes al extranjero. Con esto no quiero decir que haya que tomar medicación, sólo explico mi experiencia con ella. Mis médicos nunca han dicho de quitármela y yo sola ni me lo planteo, ya que creo que para eso están ellos, que son los que saben. Así que por favor, si alguien quiere dejar la medicación el consejo es “ves a tu médico” y que sea él quien te diga cómo hacerlo. Por favor no demos consejos, con buena voluntad sin duda, pero que pueden afectar negativamente a nuestros compañeros. Muchas gracias y no es una regañina, simplemente quiero que pensemos que lo que a nosotros nos va bien, a otros quizás no. Así que en tema medicación, siempre al médico (Toya, grup 1. Administradora i usuària experta).

En el grup 2, la usuària experta amb autoritat que localitzem és Anabel, una de les administradores i creadores del grup, i de la qual ja hem exposat alguna narració en aquest manament. Aquesta usuària es representa com una persona altament informada sobre l'agorafòbia, amb un discurs totalment protractament cognitiu-conductual que tracta de transmetre a la resta del grup mesclant la seua empatia, la seua exitosa experiència personal (com ella mateixa diu, està recuperada al 90%), i els seus coneixements.

Tal vez no diste con el psicólogo adecuado para ti. Mi recomendación es que busques un psicólogo que haga terapia cognitivo-conductual. Un truco básico para empezar a salir es hacer una lista con todas esas cosas que sientes que no puedes hacer (como las que nos has contado aquí). Cuando ya tienes la lista, puntua cada elemento del 1 al 10 en función del pánico que te da o de lo difícil que te parece volver a hacerlo. Por ejemplo (me lo invento): ir en coche 1, ir a la tienda 4, usar transporte público 8, conducir tú misma 10. Lo mejor de hacer esta lista es que no tienes por qué intentar todo eso a la vez. El truco es escoger lo menos difícil de la lista y practicarlo una y otra vez, un rato todos los días si es posible, hasta que empiece a parecer más fácil. Por ejemplo, nada de ir a la tienda ni subir en bus hasta que ir en carro acompañada ya no te parezca tan

difícil. Entonces puedes empezar a practicar a exponerte a la segunda situación de la lista. Si una situación es demasiado difícil para llevarla a cabo entera, puedes dividirla en etapas. Puedes ir en autobús una sola parada y pedir que te recojan, hasta que lo hayas practicado muchas veces y te atrevas con dos paradas. Puedes ir acompañada a la tienda en vez de sola. Puedes empezar por recorrer la mitad del camino a la tienda y volver. O por salir a la puerta de casa, permanecer 5 minutos y volver. El primer paso puede ser tan "pequeño" como tú necesites. No hay pasos pequeños mientras sean pasos hacia delante. En su día, hace años, mi primer paso fue llevar a mi hija al jardín de infancia acompañada por mi padre. Eran unos 10 minutos andando (aunque yo iba mucho más lenta). Así durante varias semanas. El siguiente paso fue que mi padre me acompañara la mitad del camino y me esperase allí. Yo hacía sola la otra mitad. El siguiente paso fue que mi padre estuviera esperándome en mi casa con el teléfono conectado por si yo le necesitaba. Y así llegó el momento en que pude caminar sola, usar transporte público y, finalmente, volver a trabajar. Un abrazo, no te rindas (Anabel, grup 2. Administradora i usuària experta).

Així, les usuàries expertes amb autoritat actuen com una espècie de policia per a la resta del grup a partir del poder que ostenten en la circulació de discursos. Dictaminen, defineixen i reafirmen allò que està bé, allò que és millor, allò que és un error en el trastorn que comparteixen des d'uns discursos que, pensem que de manera no innocent, es posicionen generalment a favor del discurs mèdic agorafòbic, al mateix temps que afegeixen a aquest discurs general un aspecte més personal, un tarannà més proper.

En aquest punt és necessari recalcar que, a banda de l'exemple que suposen per a moltes usuàries, les usuàries expertes, com que són administradores dels grups, decideixen quins missatges poden esborrar-se, quins subjectes poden penalitzar-se o expulsar-se i quins altres mereixen el seu respecte, podent incidir en el fer grupal així com delimitar les dinàmiques discursives legítimes dels grups.

Esríbenos por privado a cualquiera de los 3. A Toya, a Julio o a mí y cuéntanos lo que te ha pasado en el grupo. Los que te conocemos sabemos qué corazón tienes y no voy a permitir que nadie te haga daño aquí. Un besico muy fuerte (Lorena, grup 1. Administradora i usuària experta).

Complementant la visió positiva del pacient expert, subscrivim d'acord amb Zaballos Samper i Peñaranda-Cólera (2015) que la informació continguda en molts dels mitjans a l'abast del

pacient, i a partir de la qual aquest elabora els seus discursos sobre la seua malaltia, no sempre busca una amplitud de dimensions que eixamplen i complexifiquen la forma d'entendre la malaltia en el subjecte reflexiu, sinó que pot determinar simbòlicament i seleccionar una part de la informació com el tot vertader i difuminar i fer foscos altres elements vitals també implicats en l'evolució de la salut i la malaltia, però no avalats amb l'evidència científica. A partir d'ací identifiquem, sobre la base del que hem trobat als grups, que la informació o coneixement que converteix les usuàries/pacients abans submises ara en usuàries/pacients expertes no sempre revoluciona el fons d'una relació pacient-sistema biomèdic en què aquest últim està legítimament, científicament i autoritàriament per damunt. En aquesta línia, la figura de la usuària experta pot presentar el risc d'invisibilitzar unes relacions de poder desiguals tradicionals, dificultant més si cap el seu desmantellament gràcies a uns processos biopolítics d'interiorització corporal del control i la veritat. Tot a partir de la premissa positivista, empírica i científica que afirma que "sólo existe lo que se ve", encara que siga a costa de contradir el gran *petit prince* i el seu *l'essentiel est invisible pour les yeux*.

3.2.2. Bloc 2: Diagnòstic “dona”

A banda de patir determinats malestars, seguir determinats tractaments, identificar-se com a malaltes o relacionar-se amb el sistema biomèdic, el dia a dia de les agorafòbiques transcorre al voltant de molts altres aspectes: poder treballar o no, poder comprar o no, com ser mares (bones mares) o si és millor renunciar a la maternitat, com viure les seues relacions afectivosexuals, etc. Totes aquestes són participacions quotidianes que les agorafòbiques d'aquestes comunitats virtuals es viuen a partir de la interiorització, reproducció i performativització d'un discurs grupal, fortament influenciat com anem veient fins ara pels preceptes biomèdics, susceptible d'esdevindre generitzat. A aquest bloc analitzarem si aquest discurs a partir del qual les usuàries se signifiquen i s'experimenten obvia o, per contra, marca la posició que com a “dones” han d'ocupar en aquestes quotidianeïtats. Una anàlisi que realitzarem a partir de la dimensió de *producció-consum*, transformant en manaments activitats com treballar, comprar o la gestió domèstica, i aspectes com la maternitat, i de la dimensió de *Cathexis* convertint també en llei grupal un domini com el de les relacions afectivosexuals.

3.2.2.1. Cinqué manament: Treballaràs remuneradament i públicament

Quan em van diagnosticar agorafòbia tenia 18 anys i acabava de començar a estudiar en la universitat. Em costava horrors acudir al campus i m'absentava freqüentement de classe. Reflexionant retrospectivament sobre aquells temps, recorde la insistència de metgesses/metges i terapeutes en la necessitat de posar-me al dia amb els estudis i poder acabar-los. El canvi de jove a adulta sobre el meu trastorn va ser lent, quasi imperceptible, possiblement perquè la infantilització esdevé un dels recursos al qual més ens acostumem i ens acostumen a les “marcades amb aquest diagnòstic”. Siga com siga, de sobte, o potser no tant de sobte, tal com vaig anar adquirint determinada edat, vaig acabar els meus estudis, etc., el discurs de les i els terapeutes va canviar i va anar enfocant-se a la feina. Per a les tres terapeutes que he vist els últims deu anys, aconseguir trobar una feina esdevindria per a mi nos sols un guany, sinó sobretot una fórmula amb què conqueriria un major benestar i un dels camins principals per a superar la meua agorafòbia.

En la meua biografia personal va ser fa quatre anys, als 32 anys de vida, quan em vaig enfrontar per primera vegada al treball remunerat. Un poc tard, no? D'acord amb la meua concepció de la normalitat d'una xica jove com jo, va ser definitivament tardíssim, i possibilitat per unes condicions materials que podien mantenir-me fins al moment. Amb el meu malestar em veia incapaç d'enfrontar-me a tan gran situació: allunyar-me de casa durant tantes hores em semblava pràcticament impossible. Vaig aconseguir un treball per a uns dies a la setmana de cambrera, em vaig provar a mi mateixa i a tot el meu entorn: Assumpta l'agorafòbica seria capaç de treballar?

Si haguera de definir les meues sensacions respecte a això des de llavors, serien les següents: definitivament m'he sentit molt més integrada socialment, molt més igual a les meues amigues, molt menys rara, molt menys malalta. La independència econòmica ha esdevingut vital, però per damunt d'aquesta, si alguna cosa ha suposat la meua entrada al mercat laboral ha sigut un aconseguint, tant per a mi com per a les i els que m'envolten. Una sensació de victòria després del primer dia superat, un sentiment d'orgull dels meus pares i la meua parella.

3.2.2.1.1. Sentir-se útil, sentir-se “normal”

Marga ha començat a treballar²³ aquest any després de molts anys parada a causa del seu malestar. Reconeix que cada dia en alçar-se per a anar a treballar segueix posant-se “mala”, però manté, rotundament, que treballant “(...) te sientes más como los demás, te sientes útil (...)” (Marga, grup 2). Però útil per a què?, em pregunte: útil per a qui? Moure'ns ací en el terreny dels discursos de les “dones” diagnosticades d'agorafòbia sobre la producció serà moure'ns de la microexperiència a la macroestructura. Per a què o per a qui és útil Marga treballant? Entenent, com ho fa ella, com ho fan totes les usuàries, per treballar la producció fora de casa i remunerada.

Trobem als grups 1 i 2 referències discursives que ens parlen de la utilitat i la funcionalitat del treball. Així, una usuària del grup 1 es vincula també a aquesta idea afirmant sentir-se únicament “normal” en el treball “(...) porque es en el único sitio que me siento útil (...)” (Mar,

²³ Per treball entenem, d'acord a com ho fan les usuàries i al pensament econòmic hegemònic (Pérez Orozco, 2014), la feina remunerada fora de casa de manera contrària i oposada a la feina reproductiva privada i domèstica.

grup 1). En la mateixa línia elabora una usuària del grup 2 el seu discurs sobre la producció; per a ella treballar esdevé “(...) sentirte productiva (...)” (Rita, grup 2).

Entremesclades amb la utilitat i la funcionalitat apareixen en els relats de les usuàries les al·lusions a la independència o l'autonomia que atorga la feina remunerada. Una usuària del grup 2 comença a treballar el dia següent després de molt de temps sense fer-ho. Una de les companyes l'anima així:

(...) Estás dando un enorme paso adelante hacia tu autonomía personal (...) Lo harás muy bien. Puede que los primeros días te cueste adaptarte, pero a medida que el súper se vuelva tu zona de confort, todo irá genial. Estás a punto de completar un logro más (Anabel, grup 2).

Una altra usuària d'aquest mateix grup explica així la seua experiència amb el treball remunerat:

Yo soy de Albacete y hace trece años que sufro de agorafobia y crisis de pánico, te aseguro que se de lo que hablas y muchos años he estado así, pero actualmente he avanzado mucho porque incluso tengo un trabajo, no el que me gustaría quizás pero por lo menos me hace ser más independiente (...) (Bea, grup 2).

No ens és difícil trobar en els nostres propis imaginaris l'associació entre treball i independència (fonamentalment econòmica), una associació que rep una importància especial si parlem de feminitats tradicionalment identificades amb la dependència de les masculinitats, ja foren pares, germans o marits. De fet, facilitar l'assoliment d'aquesta independència econòmica per a les “dones” va ser una de les principals i primeres reclames feministes als anys 20 a l'Estat espanyol (Aresti, 2001). Des de llavors, i encara hui, el treball remunerat, el treball assalariat, s'ha concebut com una oportunitat per a les “dones” de millorar la seua qualitat de vida sense dependre de ningú. Ben bé sabem que assolir aquesta independència econòmica respecte a les masculinitats ha esdevingut i esdevé crucial per a moltes biografies individuals. El problema ací, doncs, i tal com déiem, no rau en les experiències individuals en si sinó en el marc de significats a partir dels quals aquestes experiències es construeixen en les narratives agorafòbiques de les usuàries.

Les referències a la utilitat del treball remunerat, així com a l'autonomia i la independència que aquest garanteix, lliguen en les narratives de les usuàries amb un fil discursiu més ampli que les abarca, un fil discursiu que indentifiquem en tots els grups i que resumirem com l'eix *normalitat vs patologia* (Canguilhem, 1971). Comprenem que si un espai és idoni per a parlar d'allò que és normal i allò que no ho és, per a consentir-ho i aprovar-ho, aquest podria ser el dels grups que s'articulen al voltant d'un diagnòstic mèdic, com els que analitzem ací, ja que la medicina ha estat erigida ciència reina en tant ciència de la normalitat i de la patologia, i és en el poder mèdic on rau el cor de la societat de la normalització (Foucault, 2001). D'aquesta manera, doncs, si una màxima impregna la majoria de les entrades dels tres grups quant al treball, aquesta és la que associa la producció a la normalitat i la distància, des de les seues microexperiències malaltes, de la patologia.

El normal, i els models orientatius i normes que ens porten a aquesta normalitat, això és el normatiu, respecte a les feminitats hui en dia és la “dona” treballadora, eixa que celebrem i a qui felicitem cada 8 de març a l'Estat espanyol des de fa més de huitanta anys. Com hem vist al marc teòric, l'entrada oficial de les “dones” al mercat laboral en el context espanyol té a veure amb el paper que aquestes van ocupar a escala europea en la Primera Guerra Mundial, un paper que qüestionava les seues suposades incapacitats naturals per a fer front a determinades tasques que fins al moment únicament eren concebudes com a masculines, però que amb la majoria dels “homes” en el front de guerra van haver de ser elles necessàriament les que les ocuparen²⁴. La conseqüència social d'aquest fet històric, sumada a l'augment paulatí de l'educació femenina i l'entrada de les ideologies feministes van inaugurar una nova concepció de la feminitat associada al treball remunerat i assalariat. Després d'un punt mort durant el franquisme, la normalitat i normativitat femenina treballadora es reprén a partir de la universalització de la igualtat entre gèneres i de la popularització dels principis de llibertat i autonomia per a les “dones”. Aquesta igualtat, llibertat i autonomia quallarà en diversos àmbits tant de les quotidianitats com de les aspiracions polítiques de les feminitats en aquests temps, sent el del mercat laboral potser un dels privilegiats (Casado Aparicio, 2002).

²⁴ Parlem de l'entrada oficial perquè si fins a aquests moments la “dona” burgesa, representant de la “dona” model o hegemònica d'aquesta època, havia estat reclosa a la llar i privada de l'espai públic, no passava el mateix amb les “dones” obreres que sí que participaven del treball fora de casa i assalariat, a més del domèstic, motivades per les necessitats econòmiques de les seues famílies.

Atendre a la construcció de les feminitats, i per tant de les masculinitats, com ho fem, com un procés històric, social i polític, com la materialització i estandarització d'uns rols determinats en un moment determinat, esdevé la ratificació que els gèneres són per damunt de tot performatius (Butler, 2001). Són tan performatius que esdevenen absolutament contingents i fluids, és a dir, el que fa cinquanta o cent anys suposava una normalitat femenina, actualment pot esdevenir perfectament una patologia. La “dona” de 1910 que es quedava a casa perquè tenia malestars al carrer, no podria esdevindre mai una “dona” amb agorafòbia perquè aquesta etiqueta mèdica indicava una patologia, una desviació, una anormalitat, i no hi havia res anormal, possiblement ni subjectivament per a les mateixes afectades ni per descomptat políticament i socialment, en una “dona” de principis del segle XX que es quedava a casa. La utilitat que algunes usuàries troben als seus treballs remunerats, possiblement eixa “dona” de 1910 la trobava a casa. De nou ratifiquem ací, en el nostre terreny d'anàlisi, la importància de reconèixer el marc estructural en què se signifiquen les microexperiències subjectives que les usuàries relaten com a realitats experienciades.

Treballar, aleshores, se significa per a moltes usuàries com a signe de normalitat. És el cas de les dues següents: “Nunca pierdas la esperanza. Yo a día de hoy hago una vida normal: trabajo, salgo y entro tranquilamente (...)” (Lola, grup 2), i:

Os quería comentar algo. Soy Miry de Madrid, 27 añitos y la verdad que estoy sorprendida, llevo con esto como 6 años, he tenido rachas que era incapaz de salir a la calle, no podía salir de casa, etc... Ahora me encuentro mucho mejor, "hago casi vida normal" (...) trabajo en una oficina de publicidad donde madrugo muchísimo, y a parte me he buscado un trabajillo extra por las tardes, estoy cuidando unos niños de 5 y 6 años, ello conlleva tener que ir a buscarlos al cole con toda la acumulación de gente que hay. Jamás pensé que iba a poder hacer cosas de las que estoy haciendo (...) (Miry, grup 1).

Les narracions d'aquestes dues usuàries, dins de la reproducció d'un discurs de normalitat, ens apropen com cap altra a la noció de performativitat de Butler, desglossada ací a més de en el gènere en el seu trastorn: no parlen de sentir-se com els altres, no parlen de sensacions, parlen d'accions, parlen de “fer”, de “fer” una vida quasi normal. Un “fer” que implica en els seus casos unes determinades accions, entre les quals estan, per a l'última usuària per exemple, alçar-se prompte tots els matins per a anar a l'oficina de publicitat i

cuidar dos nens per les vesprades. Aquestes usuàries deixen d'encarnar un cos agorafòbic en el moment en què comencen a treballar i les seues accions les allunyen de l'actuació patològica per a aproximar-les a l'actuació normal. Des de la idea de *enactment*, pròxima a la performativitat butleriana i a *l'embodiment* de Csordas (1990), és des d'on Reuter (2001) elabora el seu concepte de *doing agoraphobia* (fer agorafòbia) molt apropiat ací, un concepte segons el qual l'agorafòbia es compon d'accions performatives i incorporades que defineixen els subjectes com a subjectes agorafòbics, unes accions que, com anirem veient en aquest bloc, parlen no sols de cossos malalts o no, sinó també de cossos normativament femenins o no.

La normalitat d'aquestes usuàries esmentades passa, doncs, entre altres coses per treballar remuneradament. Tot i que la remuneració és imprescindible en aquest fer normalitzador i normatiu, no tots els treballs remunerats són igualment considerats en l'escala que va de l'estrany al normal. El següent discurs d'una usuària del grup 2 ens dona alguna pista sobre açò: "(...) Ahora no puedo montar en nada y sólo voy andando dos días a la semana aquí en mi barrio a limpiar una casa y no puedo tener un trabajo normal (Marta, grup 2)".

Aquesta usuària treballa dos dies a la setmana netejant una casa, una feina per la qual rep un salari. El salari, però i com diem, no és suficient perquè senta que realitza un treball normal. Potser dos dies a la setmana són massa pocs per a una normalitat treballadora? Potser el seu salari és insuficient per a aquesta normalitat? El que queda clar en el seu discurs és que la feina que desenvolupa, netejar una casa, no li resulta un treball normal. Analitzem el discurs d'aquesta usuària conjuminant la teoria treballada a partir de Casado Aparicio (2002) al marc teòric amb la idea que el "fer" normalitzador que proclama el discurs agorafòbic interioritzat per les usuàries és, a més de mèdic, genèric. Aquesta autora ens parlava al marc teòric de la important transició que es va produir en el model de feminitat des de principis dels anys 80 a l'Estat espanyol entre la "dona" fins ara oprimida i la "dona" alliberada. Com a conseqüència de la universalització de la igualtat, la feminitat a partir dels 80 vindrà marcada per un desplaçament de la tradicional naturalesa femenina que l'encarnava reclosa a la llar a una nova normativitat alliberada associada a la formació, la remuneració, l'autonomia i la independència. Una de les vessants d'aquesta nova "dona" alliberada serà, doncs, l'alliberament econòmic, un alliberament que recollirà com a condicions de possibilitat la igualtat jurídica, l'educació i el treball remunerat, un alliberament forjat a partir de l'eixida

d'eixa feminitat normativa de la reclusió domèstica (Casado Aparicio, 2002). A partir d'ací, em pregunte: Potser a Marta no li sembla "normal" el treball que realitza com a empleada domèstica perquè l'entén llunyà al concepte que circula en l'imaginari col·lectiu sobre l'alliberament econòmic femení? Potser el treball que realitza esdevé massa relacionat o arrelat en el rol tradicional domèstic de les feminitats? És molt possible que la independència econòmica, l'autonomia, la funcionalitat, la utilitat o la remuneració no siguin del tot suficients en la definició de la normalitat i normativitat productora femenina actual a la qual aspiren moltes de les usuàries, en tant que tot i ser elements definitoris d'un concepte més ampli com és el d'alliberament, no són exclusius. Es necessita, potser, necessitem moltes, potser, a més d'un sou que ens permeta ser independents econòmicament, a més de sentir-nos productives socialment, distanciar-nos de tot el que un no-alliberament representa: distanciar-nos, almenys públicament, de la nostra marca sexuada (Casado Aparicio, 2002), distanciar-nos, almenys oficialment, d'un rol domèstic que se sabia opressor i transitar cap a una producció femenina que s'identifiqui amb la "dona" independent, activa, emprenedora i autònoma que funciona normativament en l'actualitat.

Aquesta associació entre treball i normalitat (vs no-treball i patologia) no és, però, inherent a les agorafòbiques dels grups, no se l'han imaginada ni ideada elles soles. Aquesta relació es detecta i desplega també en el discurs mèdic agorafòbic com mostren els reports de dues usuàries del grup 1, i és potencialment a partir d'ahí des d'on arriba a les subjectivitats agorafòbiques.

(...) el médico ha leído un informe y ha decidido darme el alta, ni me ha mirado a la cara prácticamente ni me ha preguntado cómo me encuentro, encima de que he pasado una semana de mierda con ansiedad y sin dormir porque tenía que ir a Barcelona al tribunal que me da pánico. Le he dicho que me pusiera un detective para que viera que es verdad que no puedo hacer vida normal. Su respuesta ha sido que puedo llevar una vida normal y trabajar y que soy muy joven (...) (Miriam, grup 2).

(...) A mí en salud mental me han estado viendo durante varios años una vez cada dos o tres meses. Yo iba a por mis dosis claro porque la psiquiatra que parecía de cartón sólo se dignaba a decirme: ¿Cómo estás? Yo: Bien, estoy trabajando (reducía pastillas). A los meses: ¿Cómo estás? Yo: Mal por esto y lo otro (aumento pastillas) (...) (Belén, grup 2).

Recuperem ara un dels primers relats esmentats en aquest manament. Anabel s'expressava així quan una companya relatava la seua tornada al mercat laboral: "(...) Estás dando un enorme paso adelante hacia tu autonomía personal (...) Lo harás muy bien. Puede que los primeros días te cueste adaptarte, pero a medida que el súper se vuelva tu zona de confort, todo irá genial. Estás a punto de completar un logro más" (Anabel, grup 2). A més de l'autonomia, i íntimament lligada a aquesta però, si una cosa exemplifica per a aquesta usuària el que la seua companya vaja a treballar, això és "completar un logro más". Un element discursiu comú en els tres grups és el que projecta la feina com a aconseguiment, un element que ens obliga a ampliar l'anterior eix *normalitat vs patologia a aconseguiment/normalitat/recuperació vs fracàs/desviació/patologia*. Com si d'un videojoc es tractara. Aquestes "dones", nosaltres, esdevenim ja de per si, amb l'etiqueta mèdica que rebem i a partir de la qual i amb la qual ens identifiquem, bastant patològiques. Tot allò que puguem fer que ens apropa a una major normalitat, totes aquelles pantalles del videojoc que superem i que ens aproximen a la pantalla final en què la princesa lluita amb el monstre, no sabent ben bé si són una o altre, serà per a nosaltres tot un aconseguiment.

En els discursos dels tres grups trobem a qui quan acaba diàriament de treballar se sent "la más fuerte del mundo" (Sam, grup 2), a qui parla de "orgullo" per "como persona agorafóbica poder ir a trabajar" (Lucía, grup 3), a qui a més de sentir-se útil treballant se sent "más como las demás" (Marga, grup 2), a qui una feina fa set anys "me salvó la vida" (Estefanía, grup 2), i a qui des que treballa "he vuelto a nacer" (Paz, grup 2).

A l'altre extrem, aquelles que encara no se senten capaces de treballar, se senten més pròximes al fracàs. És el cas de dues usuàries del grup 1 que relaten així la seva frustració: "(...) Al menos tú puedes trabajar yo soy incapaz de buscar de un lugar a otro dejando millones de currículums (Alma, grup 1)", i "(...) No puedo buscar trabajo porque no me siento capacitada ni para hacer la entrevista y estoy desesperada (...)" (Chelo, grup 1).

Hem afegit a l'eix l'element recuperació, perquè juntament amb l'aconseguint i la normalitat (i de manera igual en la banda oposada), hi ha usuàries per a les quals treballar denota un signe o una senyal de recuperació o curació. Així, una usuària del grup 2, després de narrar la seua situació actual en què es maneja sola per "todos los lugares que necesito ir en mi vida cotidiana", llocs que inclouen, com no, "acudir a reuniones de trabajo tensas",

acaba el seu relat amb un contundent: “Considero que eso es superarlo” (Anabel, grup 2). De la mateixa manera, una altra usuària del mateix grup conta la seua millora amb l’agorafòbia així: “(...) quería contarles que he mejorado muchísimo, salgo sola, me subo a transportes públicos sola y a ascensores. Incluso estoy trabajando (...)” (Tania, grup 2).

Déiem abans que aquest lligam entre les nocions de treball i les de normalitat, aconseguiment o recuperació no esdevenen conviccions que elaboren les usuàries agorafòbiques per elles mateixes, sense cap influència dels discursos socials que les envolten. D’acord amb l’estudi de Jorge Leandro Castillo, Francisco Javier Tirado Serrano i Marsha Rosengarten (2012) sobre el càncer de mama, les seues entrevistes relaten la seua relació amb la malaltia a partir dels procediments, estratègies i dispositius mèdics que han estat presents durant els seus processos, és a dir, signifiquen les seues experiències amb la malaltia d’acord amb l’entramat mèdic com a recurs que estructura l’experiència viscuda. Podríem dir el mateix per a les usuàries dels grups que analitzem i constatar com de present està el discurs biomèdic en aquestes comunitats virtuals. Davant un discurs mèdic que afirma en la definició del diagnòstic agorafòbic que: “El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento” (APA, 2013); no esdevé estrany que les nostres usuàries, diagnosticades i tractades d’agorafòbia, edifiquen les seues narracions respecte d’aquest trastorn a partir, entre altres elements, de la interiorització i incorporació d’unes disposicions hegemòniques i legítimes sobre el que esdevé “ser” agorafòbiques. Unes guies apreses del discurs mèdic amb el qual estem (les agorafòbiques) en constant contacte, sent aquest discurs el marc de relacions de poder dins del qual es construeixen i signifiquen les nostres experiències malaltes, alhora que el marc de possibilitat de les nostres actuacions agents.

Identifiquem al grup 2 una entrada que tracta precisament açò, com no treballar se significa com un símptoma del mateix transtorn agorafòbic. Estefanía ho afirma amb claredat: “tener esta patología influye terriblemente en muchas cosas: trabajo, relaciones sociales, viajar, realizarte como persona (...)” (Estefanía, grup 2).

De manera perifèrica, i alhora resistent a la significació del treball als grups únicament des de l’eix *aconseguiment/normalitat/recuperació* (i el seu contrari), trobem discursos que articulen la producció al voltant majoritàriament de la necessitat econòmica, deixant en un segon o

tercer pla altres significacions normatives, resistint-se, com diem, a entendre el treball remunerat únicament com a mitjà de normalització malalta per a entendre'l, d'una manera més mundana, com a simple necessitat econòmica. És el cas dels següents dos relats.

Escribí justo hace hoy una semana contando que me habían dado el alta por la seguridad social sin estar bien. Pues como necesito subsistir me he puesto a buscar trabajo cerca de mi casa. Ayer dejé un currículum en un restaurante y hoy me han hecho entrevista y me han cogido. Sé que debería estar contenta pero no lo estoy, estoy aterrada, me comen los nervios de saber que mañana empiezo a trabajar en un restaurante dentro de un centro comercial aunque esté a menos de 5 minutos de mi casa. Espero poder aguantar porque llevo unas semanas que los ataques de pánico me aparecen de la nada y más seguidos (Miriam, grup 2).

Yo es que llevo dos semanas de baja. Me ha dado fuerte. Me van a hacer pruebas para descartar tac, etc. No sé por qué me pasa esto cuando me encanta salir. Pero es salir y el cuerpo, automáticamente estoy mareada. Y me noto que me ahogo como si me fuera a caer. ¿Tú en su día se te fue totalmente? Yo voy a poner de mi parte con terapia y saliendo poco a poco que tengo que volver a trabajar ya que tengo dos peques pequeños (Vanessa, grup 1).

Per tot el que hem esmentat abans, perquè el fet de no treballar esdevé un senyal de malaltia, un símptoma agorafòbic i treballar suposa la superació d'aquest, aquesta activitat es construeix també en els discursos de les usuàries com una espècie de prescripció medicasocial autoimposada. Així, trobem una usuària que, tot i no poder treballar perquè no troba un lloc de treball suficientment prop de casa seua com per a anar, té clar que esdevé una persona capaç en l'àmbit productiu i en un plural inclusiu a totes les membres del grup afirma: “nos ayudaría mucho poder trabajar” (Rosa, grup 1). Una altra considera, juntament amb la seua companya, que treballar “es lo mejor que hemos podido hacer” (Marga, grup 2). Per últim, i en la mateixa línia, una usuària del grup 2 relata la seua experiència així:

Hace trece años que sufro de agorafobia y crisis de pánico, te aseguro que se de lo que hablas y muchos años he estado así, pero actualmente he avanzado mucho porque incluso tengo un trabajo. No el que me gustaría quizás pero por lo menos me hace ser más independiente y generar confianza en mí misma que yo creo que es la clave para salir de esto. El camino es duro, durísimo, pero has de comprometerte y empezarlo aunque tengas recaídas que las tendrás, aunque sientas como si murieras que lo

sentirás, pero yo me digo a mi misma que mi libertad merece este gran esfuerzo (Bea, grup 2).

La generació de confiança que aquesta última usuària obté del treball esdevé el punt clau sobre el qual s'alça la seua concepció del treball com a disposició o recepta per a la seua recuperació.

Dins del fil discursiu del treball com a prescripció mèdica i social trobem també algunes postures menys centrals. Una de les postures que trobem, tot i resultar tangencial en algun aspecte, segueix circulant en el normatiu com una espècie de control autoinflingit. Així s'explica la següent usuària:

Pues por ejemplo yo estuve un tiempo escribiendo para un blog de una tienda, no se genera muchos ingresos, pero no está mal. Cuando pasas por un mal momento no viene mal unos trabajos desde casa, pero que sea esporádico, por que si no nos acomodamos al miedo. Hay que ir saliendo para no perder el ritmo y no irse al pozo (Nina, grup 1).

El discurs d'aquesta usuària es mou entre el normatiu i el resistent. Per una banda desafia el plantejament hegemònic per al discurs agorafòbic que diu que l'únic treball útil, l'únic que recupera, és aquell que es realitza fora de casa, però per altra banda, reconeix el treball dins de casa com una alternativa esporàdica, en cap moment com una solució definitiva. Què és allò que no converteix el plantejament de Nina en una preferència definitiva o, almenys, concloent en el terreny de la producció per a ella com a agorafòbica? Clarament l'espai privat, la casa, és el hàndicap que aquesta usuària troba en la seua proposició. És allí on es troba còmoda i segura, ho admet, però també és la seua predilecció per eixe espai en oposició a l'espai públic allò que la defineix com a agorafòbica, allò que la defineix com a "dona" desviada en el segle XXI. Aquesta usuària ha trobat sentit al seu trastorn mental segurament des d'ahí, com ho hem fet moltes. Estem malaltes perquè tenim por a eixir al carrer, perquè no ens trobem còmodes allà, perquè ens quedem a casa. Si treballem molt de temps des de casa, com explica ella: "nos acomodamos al miedo". El treball és important, però el carrer, eixir, això és primordial. Aleshores la proposta de Nina, treballar des de casa, no pot ser més que una solució ocasional, doncs, com ella mateixa admet: "hay que ir saliendo para no perder el ritmo, para no irse al pozo". Aquest "ir saliendo" és, com ja hem

vist, el principi per excel·lència de la teràpia cognitiu-conductual, un principi que quasi totes les agorafòbiques tenim incorporat.

En una posició també tangencial però més transformadora s'ubica una altra usuària del grup 1. Reptant el discurs hegemònic d'eixir i treballar fora de casa, ha aconseguit fer el que li agrada en el terreny laboral. El discurs d'aquesta usuària obri possibilitats d'agenciament no sols laborals sinó també personals, i ja sabem que el personal és polític (Millet, 1970), a partir d'un espai no sols menyspreat sinó desestimat en el discurs mèdic agorafòbic. Així ho explica ella: "Yo me he reinventado. Al no poder salir a la calle mis trabajos ahora los realizo desde mi casa y al final estoy haciendo lo que realmente me gusta" (Carmen, grup 1).

Precisament perquè treballar adquireix en els grups el caire de prescripció medicosocial, perquè moltes de les usuàries, si no totes, volen accedir a eixa fórmula de normalitat, el treball remunerat s'articula en els discursos de les usuàries dels grups 1 i 2 també com a dret. Una de les usuàries d'aquest grup, amb 40 anys, aturada, soltera, agorafòbica, tot el dia a casa, confirma tenir com la resta "derecho a vivir, trabajar, tener una familia, poder viajar" (Guada, grup 2). Una altra usuària emet el seu discurs en to més contestatari i amb una càrrega important de descontent transformat en reivindicació política.

Vergüenza es el sistema, nadie quiere estar enfermo, todos queremos trabajar y poder vivir y con esto es imposible ambas cosas. Actualmente estoy siendo llevada por un psiquiatra que viene a casa después de que mi padre montara en cólera en el centro de Pere Bonfill, y tengo dos visitas con una psicóloga privada que costea mi padre ya que yo no me lo puedo permitir. Creo que esta patología debería de reconocerse y dar una discapacidad, no quiero compararla con otras enfermedades que están más "vistas" pero nosotros también padecemos y vivimos muy limitados (Estefanía, grup 2).

D'una manera molt semblant se sent una usuària del grup 1. Necessita els diners per a viure i creu que, com la resta de les seues companyes agorafòbiques, les seues peticions, necessitats i limitacions estan sent ignorades. Es queixa del sentir col·lectiu cap a la seua malaltia i cap a elles com a malaltes: la gent les concep com a vagues que no volen treballar "cuando en realidad deseamos hacerlo" (Esther, grup 1).

3.2.2.1.2. Feminització i precarització

Així, doncs, de manera majoritària queda clar que la normalitat a la qual aspiren les usuàries agorafòbiques dels tres grups passa, entre altres coses, pel treball remunerat. Com ja hem repetit: abans s'esperava de nosaltres que ens quedàrem a casa, ara que treballem en l'espai públic. Evidentment, i en el recorregut històric del marc teòric ho véiem, la institucionalització de la igualtat ha estat imprescindible en açò. La pregunta és fàcil: Si institucionalment som iguals, si laboralment hem accedit, les feminitats, al mercat laboral remunerat, per què no perd sentit per a nosaltres la dimensió "Producció" (una dimensió basada en la divisió sexual de la feina²⁵), amb la qual, a partir de Connell (1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018), pretenem evidenciar l'entramat genèric que s'amaga darrere del discurs mèdic agorafòbic?

Celia Amorós (1994) ho diu clar: si les feminitats hem accedit al mercat laboral és perquè aquest s'ha devaluat. Aquesta autora proposa el concepte de *política de tierra quemada* per a explicar la pèrdua de significat de determinats drets, com és el cas del dret al treball remunerat, prèvia a l'accés a aquests drets de determinats grups anteriorment exclosos. Dit d'altra manera, les feminitats hem assolit el dret al treball quan aquest dret ja no esdevé tal, quan la feina ja no implica la seguretat financera que comportava abans, quan el mercat laboral esdevé fortament precaritzat i discriminatori.

El model normatiu i normalitzador al qual pretenem arribar moltes feminitats malaltes, com les feminitats agorafòbiques, proclama una necessitat d'independència i autonomia que passa pel treball remunerat. En la pràctica, però, l'ús generitzat de la força de treball, que segrega horitzontalment i verticalment reservant a les feminitats els treballs en pitjors condicions, es tradueix en una distribució de beneficis desigual (Connell i Pearse, 2018). En les experiències de les feminitats agorafòbiques dels grups es confirma aquesta realitat: moltes de les que treballen remuneradament ho fan en el sector serveis com a cambreres ("(...) soy camarera" (Miriam, grup 2)) o venedores de tendes ("(...) llevo un mes trabajando en un centro comercial" (Raquel, grup 3), " (...) mi trabajo es en un centro comercial" (Ava, grup 2)). Recordem també el cas de Nina, abans esmentada, la qual es dedica al treball domèstic. A

²⁵ Ho veurem amb més profunditat al següent manament, però quan parlem de divisió sexual de la feina, parlem de la distribució desigual de les tasques productives i reproductives, desigualtat que afecta l'àmbit de la producció i també del consum i que suposa una de les formes principals d'estructuració de les nostres societats.

més, pel que hem pogut averiguar a partir del perfil virtual d'aquelles usuàries que no especifiquen en els seus relats la seua ocupació, trobem cambreres del *McDonald's* (Tania, grup 2), teleoperadores (Vanessa, grup 1), peons de fàbrica (Estefanía, grup 2), i caixeres de supermercat (Lisa, grup 1 i Emma, grup 2). Encara que no comptem amb tota la informació sobre les seues condicions laborals concretes, sí que podem aventurar que tots aquests treballs esmentats esdevenen feines tendents a la temporalitat, als contractes parcials, a la desregulació horària, etc. Demostratiu n'és el relat d'una usuària del grup 2 que afirma: "(...) cuando termines tus 10 horas aunque estés agotadísima te vas a sentir la más fuerte del mundo" (Sam, grup 2). Altres usuàries fins i tot elaboren els seus discursos d'aspiració i desig sobre la producció ja des de la interiorització d'aquesta precarietat laboral: "(...) Ojalá pudiera salir, trabajar más de diez horas y tener vida" (Estefanía, grup 2).

Esdevé especialment perversa aquesta problemàtica quan posem el focus no sols en les conseqüències individuals cap a aquestes persones, és a dir, treballs mal pagats o treballs precaris que no respecten els horaris legals, sinó en el germen que instrueix aquest procés, això és un discurs mèdic que normalitza i normativitza una producció per a les persones agorafòbiques, sent aquestes una gran majoria persones que identificaríem com a "dones" i en un món precaritzat quant al treball femení. Aquest procés suposa, si no es problematitza aquesta precarització, abocar les agorafòbiques, les "dones", a treballs discriminatoris.

Potser la nostra tasca ací passe per deconstruir, com suggereix Pérez Orozco (2014), les teories i reivindicacions feministes associades a l'estratègia d'emancipació femenina a través de l'ocupació, i per construir un terreny a mig camí entre la crítica a l'opressió tradicional que suposava el tancament de les "dones" en el treball no remunerat i el reclam de l'autonomia vital i financera. Un terreny intermedi on es problematitze, per una banda, la producció com a disseny que banqueja les desigualtats i injustícies que la propicien, que invisibilitza i desprestigia no inintencionadament tot allò que permet i sustenta les seues possibilitats d'existència, així com el paper que les feminitats ocupem en aquest procés. Per a açò serà necessari, com farem en aquest segon bloc, atendre i problematitzar també l'altra part oculta de la producció en aquest sistema socioeconòmic amb forma d'iceberg: la reproducció.

3.2.2.2. Sisé manament: Consumiràs per damunt de totes les coses

Una de les primeres sessions de teràpia psicològica d'exposició que vaig fer quan vaig arribar a viure a València va consistir d'entrar a comprar a un *Consum*. Ho recorde com si fora ahir. Em feia por tot el que suposava allunyar-me de casa: l'espai, la gent estranya... Viví a prop del carrer Aragó i tenia aquest supermercat a penes 100 metres de la porta de ma casa. Vaig entrar aterrada, vaig passejar entre 5 i 10 minuts mirant les prestatgeries plenes de productes, vaig agafar un paquet d'arròs i una barra de pa, productes visibles i dels quals no em resultaria difícil traure'n profit en casa, faig fer la cua de la caixa, una cua que em va semblar eterna, i vaig eixir. Els pròxims anys repetiria aquella activitat setmanalment, arribant a ampliar-la amb el temps a altres establiments fins a aconseguir arribar al centre comercial *Nuevo Centro*.

El cert és que no recorde si la por va aconseguir baixar molt, supose que sí amb tantes voltes que vaig repetir aquestes activitats, el que sí que recorde són la meua nevera, el meu rebost i el meu armari plens d'aliments i roba. Tampoc recorde si em sentia millor després d'aquelles teràpies, el que està clar és que aconseguia mantenir-me a mi i la meua casa, així com vestir-me a l'última moda igual que feien les meues amigues, eixes sense por al carrer, sense "obligació" de comprar i sense diagnòstic agorafòbic.

3.2.2.2.1. "Dona" domèstica

Quan parlem de consum immerses, amb les ulleres morades ben col·locades, en les teories de gènere i les teories feministes, parlem inevitablement de la divisió sexual de la feina. Com hem suggerit al manament sobre la producció, aquest concepte esdevé imprescindible per a entendre el mode en què el gènere ordena i distribueix les activitats que realitzem. Entre altres autores, Connell (1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018) ha aconseguit explicar l'estructura de les relacions de gènere tenint molt present aquest concepte. Dins de les subestructures que permeten a aquesta autora explicar el funcionament estructural del gènere, aquella a la qual l'autora anomena *dimensió de la producció i el consum* utilitza el concepte de divisió sexual de la feina per a exposar com dins del consum (i de la producció) les divisions de gènere afecten el repartiment de tasques, unes tasques la realització de les quals, al seu torn, en la seua execució ens conformaran com a part d'un dels dos pols

genèrics. A partir de Connell considerem ací el consum com una pràctica social i, per tant, relacional, esdevenint així un espai en què els subjectes se situen de manera diferent. Però no sols diferent. El consum, com a pràctica social, esdevé funcional a la reproducció social tenint repercussió directa amb les formes de vida i amb la generació d'igualtat i desigualtat social (Alonso, 2005), igualtat i desigualtat social i, per tant, també de gènere.

Segons afirma Carosio (2008), i com ja hem esmentat al marc teòric, les “dones” d'entre 24 i 54 anys són al segle XXI a les societats occidentals les que realitzen el 80% de les decisions de compra que es prenen en el nucli familiar. La majoria d'aquestes compres són el que anomena l'autora com a “compres de mestressa de casa”, és a dir, compres de productes amb l'objectiu de mantenir el bon funcionament de la llar. En segon lloc estan les compres de “dona-mare”, que s'encarrega de la família i de comprar el millor per als seus: alimentació, vestimenta, etc. En tercer lloc apareixen les compres de “dona-esposa”, compres dedicades al marit i a les seues necessitats. En un últim lloc apareixen les compres de “dona-compradora per a si mateixa”. La “dona” es converteix així, segons aquesta autora, en el millor públic de consum de l'actualitat, una posició que es consolida progressivament i precisament a causa del seu caràcter pluriconsumidor.

No és difícil endevinar amb l'anàlisi de Carosio (2008) que el consum domèstic o familiar esdevé hui en dia una tasca domèstica. Així queda patent, també, als grups que analitzem amb narracions com la següent:

es una pena que no vivamos más cerca para poder ayudarnos y acompañarnos en estos casos, yo tampoco tengo a nadie solo a mi marido y a mi madre, pero ella no vive en el mismo pueblo y depende de que alguien la traiga o lleve en coche. A veces he tenido alguna situación complicada como que mi marido trabaje fuera durante la semana y no he tenido más remedio que tirar yo sola con todo, comprar, el banco, médicos, colegio, etc... (...) (Juani, grup 1).

Refrescant el que exposàvem al marc teòric, és a partir de la Primera i Segona Guerra Mundial quan les “dones” comencen a convertir-se per al mercat capitalista en un públic de consum potencialment explotable, principalment arran de la independència econòmica que han anat aconseguint a l'assumir tasques de producció masculines. A partir d'ací, imaginem que es pregunta el sistema capitalista, com si aquest fora un “home” gros amb bigot gran:

Quina és la millor manera per a explotar les “dones” com a consumidores? La resposta li la donem nosaltres a l’home de bigot gran: Per a aprofitar la feminitat com a públic genèric de consum, res millor que enfocar el seu consum, entre altres aspectes, al seu rol tradicional, i aquest és la gestió de la vida domèstica.

Com explica també Carosio (2008), en l’estratègia de creació de mercats de les últimes dècades es desenvolupa una nova manera de veure les “dones”. La “dona” cuidadora de la llar, mare i gestionadora de la part domèstica, es converteix en “dona” consumidora en tant que per a manejar la llar poques coses tan importants com comprar *inputs*, quelcom que les converteix en l’objectiu més abellit de les estratègies de mercat. Com aclareix aquesta autora, encara que les “dones” han cuidat històricament de la llar i de la família, en la proposta de la societat de consum comprar es converteix en una activitat central, sent la “dona” moderna, consumidora essencial, per necessitats d’estructuració de la societat de consum, una figura que connecta el fora i l’endins, el públic i el domèstic. Aquesta exposició de Carosio ens porta directament a la idea de Connell que afirma que el consum és un àmbit social que lluny de ser igualitari, estableix i reproduceix la desigualtat de gènere (Connell, 1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018).

Observem en l’anàlisi dels grups una diferència més que substancial en les narratives de les usuàries entre “comprar” o “fer la compra” i “anar de compres” o “ anar de tendes”. No esdevé el mateix “anar de tendes” o a un centre comercial, encara que no se sàpiga exactament si les usuàries compren per a elles, per a la família, per a la casa... que anar “al súper”, a la fleca o a la carnisseria. Aquestes últimes pràctiques impliquen clarament la realització d’unes tasques domèstiques.

Fem ara un altre exercici de memòria i recordem la definició de l’APA per al trastorn d’agorafòbia de l’any 1994. Aquesta institució, per mitjà del manual DSM-IV, deia l’any 94 sobre l’agorafòbia que...

(...) la evitación de situaciones por parte de los individuos puede perjudicar su capacidad para viajar al trabajo o llevar a cabo responsabilidades domésticas (por ejemplo, hacer compras en el supermercado o llevar a los niños al médico) (APA, 1994).

A l'observar les narratives de les usuàries i la quantitat de referències que fan a comprar i als supermercats, entenem que, d'acord amb el discurs mèdic, aquestes construeixen el seu trastorn, entre altres maneres, a partir de la impossibilitat d'anar a comprar o de fer la compra. Així, hi ha qui entén que ha recaigut en la seua malaltia perquè “tengo miedo de ir a comprar” (Toya, grup1); qui no és capaç d'eixir de casa ni “a por el pan porque son 5 minutos andando sola por ahí” (Estefanía, grup 2); a qui li ha donat per “no ir a grandes supermercados, me dan fobia los sitios de mucha luz y muchas colas. Pero yo antes no era así” (Debo, grup 3); o qui, en un exercici de claredat expositiva, directament afirma: “A mi me supone un mundo el super” (Rocío, grup 1).

Construir les seues experiències agorafòbiques a partir del discurs mèdic, tenint un pes molt important en elles el fet de comprar, implica que les narratives de les usuàries al voltant del consum domèstic s'estructuren (igual que en el manament anterior de la producció) seguint l'eix *aconseguint/normultat/recuperació vs fracàs/desviació/malaltia*, com hem vist en els discursos anteriors. Un *aconseguint/normultat/recuperació* que ens parlaria del compliment d'una normativitat femenina. Aquest primer extrem de l'eix s'observa clarament en reports com els següents: “Yo salgo sola. Voy a mi trabajo, al super y a todos sitios. La verdad es que llevo menos de un mes en tratamiento con *Pregabalina* y genial” (Senia, grup 1), o “Bueno sólo necesitaba compartir algo, como he dicho otras veces estoy bien de mi agorafobia. No tengo problemas para salir por mi ciudad, ir a la compra, viajar a un par de horas o tres de mi casa.. (...)” (Nina, grup 2).

Esment especial en la significació del fet d'anar comprar com a aconseguiment o normalitat, mereix l'entrada d'una usuària del grup 2 en forma de vídeo personal que ella mateixa es grava comprant en un supermercat *Eroski*. Els comentaris de les companyes del grup a aquesta entrada prenen forma, absolutament tots, de felicitació.

No és atzarós entendre com, sent la majoria de les persones diagnosticades dels grups “dones”, que aquestes construïsquen la seua agorafòbia a partir de la importància de comprar, considerant una desviació i patologia no fer-ho així com un aconseguiment anar-hi, implica una construcció no sols mèdica sinó també genèrica. Suposa la seua reafirmació i

reubicació dins d'un determinat ordre de gènere on l'esfera de la llar, referida a les tasques domèstiques, consum, família, etc., forma part de l'àmbit femení. Segons Vicente Borrás:

En nuestras sociedades patriarcales, las “mujeres” se han visto forzadas a asumir las cargas doméstico-familiares y dentro de las mismas se encuentra el consumo. El cuidado y mantenimiento del hogar y la familia implica necesariamente la realización de una serie de compras y consumos (Borrás, 2007. Cometes nostres).

Tampoc esdevé incompreensible entendre que si per al discurs mèdic l'agorafòbia se significa, entre altres coses, per la impossibilitat d'anar a comprar (APA, 1994), la terapèutica pose l'èmfasi de la curació o la recuperació en aquesta activitat i s'erigisca com una prescripció mèdica (que com anem veient, és també genèrica).

En aquesta línia que emprenem de visibilització o descobriment dels missatges i mandats de gènere que s'amaguen darrere del discurs mèdic agorafòbic (re)produït en els grups, esdevenen per a nosaltres un precedent les troballes realitzades per Reuter en la seua investigació sobre el discurs mèdic agorafòbic anglosaxò. Segons revela, i com ja hem vist al marc teòric, aquesta autora, als anys 60 i 70 del passat segle els programes de teràpia conductista per al tractament de l'agorafòbia mostraven una determinada concepció d'aquesta malaltia en termes genèrics. Així, les consultes terapèutiques demandades per “dones” estaven enfocades a enfatitzar la seua tornada al mercat de consum a partir de la realització d'exposicions a supermercats o centres comercials, mentre les consultes protagonitzades per “homes”, molt menors, es programaven com a exposicions al transport públic necessàries perquè aquests pogueren recuperar el seu rol productor (Reuter, 2006).

Quasi 50 o 60 anys després de les teràpies documentades per Reuter, com si el temps no passara massa ràpid per al discurs mèdic agorafòbic o com si hi haguera coses que mai canvien en aquest, trobem en la narració d'una usuària del grup 2 la reproducció d'aquesta tendència terapèutica enfocada al consum.

No pasa nada Eva, mañana se vuelve a intentar. Ya sabemos que esto es muy lento, en una de mis salidas con la terapeuta teníamos que entrar a una tienda a que ella le comprara un hueso a su perrito, y llevaba unas náuseas y unos temblores que decidió

llevarme a casa. Al día siguiente ya fui mejor. No nos podemos sentir defraudados con nosotros mismos mientras sigamos luchando. Un abrazo (Mari, grup 1).

En l'aspecte llec, però com a usuàries expertes²⁶, moltes altres signifiquen el consum domèstic com una prescripció mèdica, com una activitat necessària o important per a la curació de la seua malaltia. D'aquesta manera, quan una usuària del grup 2 admet haver desistit en els seus esforços per intentar anar a comprar, la seua companya reacciona així...

Ains madre, ¿ni lo intentas? Deberías proponértelo. Al menos entrar aunque tengas que salir a los 30 segundos, pero ¿y si no te ocurre nada y puedes caminar por el pasillo y comprar cualquier cosita? Me alegraría mucho que nos contaras que pisaste el suelo del super. Un fuerte abrazo lleno de fuerza (Nerea, grup 2).

En aquesta prescripció mèdica i terapèutica, i tal com reportava Reuter (2006) respecte als anys 60 i 70, les tècniques conductuals segueixen esdevenint imprescindibles en el mode en què les usuàries enfronten el consum domèstic com a mitjà per a les seues recuperacions. Així ho mostren discursos com aquests: "Ir haciendo algo para entretenerte. Yo escuchaba música o salía con un llavero que tenía con un nudo gordiano para desviar mi atención e intentaba salir siempre con un destino, a comprar, a ver a alguien..." (Nuria, grup 2), i;

Yo creo que es que quizás te estás forzando. Empieza a hacer recorridos muy cortos, incluso te animaría a que hicieras recorridos que no puedas dejar de hacer. Me explico, si hay una panadería cerca no compres el pan para obligarte a ir cada mañana, o dile a alguna persona que te espere en la esquina y tu vas a buscarla. Cosas así. (...) (Cruz, grup 2).

Especialment significatiu és el relat de la següent usuària.

Yo intento ir siempre, casi todos los días, igual que a recoger al niño al colegio, aunque me cueste horrores. Mi chico tiende a sobreprotegerme a veces y va a otras cosas por mí pero es algo que no debemos hacer. No quiero perder más lugares, cada vez que voy al super, a por el niño, en tranvía... tiendo a pensar que es mi conquista y que la agorafobia no me la va a quitar (...) (Inés, grup 2).

²⁶ Recordem el quart manament.

En el seu discurs Inés parla de comprar com a prescripció mèdica/terapèutica que ella mateixa es marca, però també com a prescripció genèrica. Parla d'anar al supermercat, entre altres, com la conquesta d'un espai o una activitat que pot perdre. En el context que estem treballant, tractant-se d'una "dona" que tem perdre un espai en mans d'una masculinitat, el seu marit, que la sobreprotegeix fent determinats quefers per ella, aquest relat és com a mínim il·lustratiu dels significats genèrics que s'amaguen darrere d'un discurs aparentment sols científic, uns significats que arriben a nosaltres per a ser interioritzats i practicats.

És important recuperar i aplicar en aquest punt la proposta de Connell (1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018) per a interrogar els règims de gènere que es produeixen i reproduïxen des d'institucions socials com la mèdica. Una proposta multidimensional que nosaltres centrem en aquest moment en la divisió sexual de la feina, en especial en el consum com a pràctica relacional. Ens és important aquesta proposta perquè en ella l'autora concep el gènere com a construït a través de les pràctiques que els subjectes realitzen, pràctiques com poden ser les del consum domèstic de les nostres usuàries. A partir d'ací, anem un pas més enllà; no és que les "dones" per ser "dones" hagen necessàriament de realitzar un consum domèstic, sinó que es construeixen com a "dones" precisament a través de la realització d'activitats femenines o feminitzades com el consum domèstic. Això ens porta a veure el gènere no com allò que "som" sinó "com el que fem" (Stolcke, 2003). En el fer continu que suposa el gènere, el cos adquireix significat mitjançant les coses que fa. Per tant, en el context que analitzem ací, descobrim tant una definició com una prescripció mèdica agorafòbica que impliquen determinades pràctiques de consum domèstic, enfocades ambdues a la reafirmació i reubicació de les malaltes com a "dones". Dit d'altra manera, podem sostenir que uns discursos dirigits majoritàriament a les "dones" que construeixen com a normalitat el consum domèstic, esdevenen uns discursos que reproduïxen un model de feminitat en què la divisió sexual del treball resulta principal, un model de feminitat domèstic i cuidador, produint, reproduint i naturalitzant així unes relacions de gènere androcèntriques en la dimensió del consum.

Tot i que hi ha un macrodiscurs general als tres grups que suggereix un interès, una necessitat i una preocupació i ocupació per part de les usuàries per tornar a "recuperar" una normalitat femenina, un dels punts principals de la qual és realitzar un consum domèstic i familiar, esdevindria poc verídica a més d'irresponsable quedar-nos ahí i no visibilitzar les veus

tangencials que, en la interpretació i reproducció del discurs mèdic agorafòbic, obrin bretxes resistents. Així, juntament amb aquest discurs general preocupat pel paper de les usuàries en el consum domèstic, proper a aquest, com a part mateixa d'ell, trobem escletxes que apunten a altres modes de viure i experimentar per part d'algunes usuàries les seues relacions amb el consum domèstic i el paper que juguen en eixe espai. És el que localitzem en un fil discursiu del grup 2. Una usuària pregunta, preocupada, com s'ho fan la resta per poder anar al supermercat a fer les compres per a la casa amb el seu malestar. A aquesta preocupació, dues usuàries responen: “Las hace mi marido” (Isa, grup 2) i “Mando a alguien” (Marta, grup 2). En un context en què el discurs mèdic assenyala les agorafòbiques com unes “inútils” per a determinades tasques domèstiques com comprar (APA, 1994), construeix com a recomanació i tractament fer aquestes tasques evidenciant la necessitat d'ordenament genèric que hi ha darrere del diagnòstic, que dues “dones” agorafòbiques “envien el marit” o “a algú” a fer la compra esdevé una obertura a aquest discurs, una manera de practicar-lo que transforma la seua aparent rigidesa en xicotetes resistències mèdiques i genèriques amb el suficient poder transformador com per a esdevenir feministes.

3.2.2.2.2. “Dona” alliberada

Encara que ni en la definició del trastorn agorafòbic del DSM-IV que hem repassat en l'apartat anterior, on sí que apareixien referències al supermercat, ni en cap altra posterior de l'APA o de l'OMS apareix cap referència concreta a un altre espai de consum femení com són els centres comercials, l'al·lusió a les dificultats que suposa per a les persones agorafòbiques vivenciar aquest espai esdevé molt freqüent en el discurs mèdic general, com bé mostren algunes definicions d'aquest diagnòstic trobades a la literatura mèdica com les següents:

En el trastorno de pánico puede o no haber además agorafobia, es decir, temor a salir a lugares abiertos, sola a la calle o a encontrarse en lugares de donde no se pueda huir o salir fácilmente. Incluye el temor de que en un encuentro social podría indisponerla: vomitar o tener diarrea; piensa que quedaría en ridículo. Evitará ir a centros comerciales, salas de juntas, de clases y aun a su automóvil. A veces, sólo puede salir de su casa si va acompañada de alguien (incluso un niño) (Maldonado-Durán i Lartigue, 2008).

Se caracteriza por un miedo patológico (desproporcionado, irracional y fuera del control voluntario) a un conjunto de situaciones diferentes como son centros comerciales, medios de transporte, cines, etc (Lizeretti i Rodríguez Ruiz, 2012).

Ejemplos de situaciones temidas y evitadas en la AG son cines y teatros, supermercados, clases, grandes almacenes, restaurantes, museos, ascensores, auditorios o estadios, aparcamientos, lugares altos, lugares cerrados (p.ej., túneles), espacios abiertos exteriores (campos, calles anchas, patios) o interiores (grandes habitaciones, vestíbulos), viajar en autobuses, trenes, metros, aviones, barcos, conducir o viajar en coche (en cualquier momento o en autopistas o vías rápidas), hacer colas, cruzar puentes, fiestas o encuentros sociales, andar por la calle, quedarse en casa solo, salir solo de casa (Badós, 2000, p. 98).

D'una manera exacta, com si hagueren llegit (o els hagueren repetit) aquesta premissa, així reproduïxen també les usuàries en els seus discursos la seua definició de l'agorafòbia. Per a una usuària del grup 2 l'agorafòbia és "Agobiarse al estar con gente, no poder ir solo a un centro comercial, tener miedo, sudores, sensación de mareo" (Virginia, grup 2). Per a una usuària del grup 1: "Cuando se está mejor sí se puede ir a centros comerciales" (Toya, grup 1). I per a altra companya d'aquest mateix grup, tenir por d'anar de compres "Es totalmente normal, es uno de los síntomas de la ansiedad. Intenta ir de compras a primera hora ya que hay menos gente y si puedes ir acompañada por alguien de tu total confianza mejor" (Sílvia, grup 1).

José María Rodríguez-Vigil (2014) explica com a partir del segle XX els grans magatzems, també a l'Estat espanyol, es constitueixen en un territori propi per a les "dones", un espai que venia a cobrir la manca d'espais de sociabilitat homologables als dels "homes". Carosio (2008), per la seua banda, destaca els grans magatzems o centres comercials com la principal ferramenta de l'educació del consum. Una ferramenta que, a través de la cultura burgesa, construeix un nou espai femení carregat de significacions d'autonomia i alliberament²⁷.

²⁷ No totes les feminitats s'adapten ni reproduïxen igual el model de feminitat burgesa, però aquest ha esdevingut històricament el model hegemònic, passant a ser substituït actualment pel que anomenem ací, d'acord amb Pérez Orozco (2014) la DBCMAHR: "Dona" blanca, de classe mitjana o mitjana alta, heterosexual i reproductora.

Si en l'apartat anterior exposàvem que quan les “dones” van començar a entrar massivament en el mercat laboral es van tornar un públic de consum profitós, i es va propiciar la seua entrada al mercat de consum a través del seu rol tradicional domèstic, ara podem afegir que amb la popularització de les proclames feministes sobre l'alliberament sexual, amb la seua progressiva institucionalització, es produeix una absorció per part del mercat de consum també d'aquesta nova esfera femenina. Aquest fet aconsegueix arredonir una feminitat consumidora que no sols compra per a la casa o la família, sinó que també compra per a ella mateixa trobant en el mercat de consum un instrument que afavoreix el seu alliberament. En aquest procés de normativització femenina participen nombroses agències socials, sent potser les principals l'educació i la medicina.

Així, de manera idèntica a com passava amb el consum domèstic, si no poder anar a comprar als centres comercials esdevé quelcom que et defineix com a desviada, aconseguir anar et convertirà en normal, en una persona com les altres, tal com expressa aquesta usuària del grup 1.

(...) La otra tarde iba por la calle con mi marido y mi bebé y me dió un ataque de rabia, se me caían las lágrimas y decía “yo quiero ser como esa o como ese que van, vienen, hacen y compran en una tienda” y se me caían las lágrimas una detrás de otra a chorro (Eva, grup 1).

Convertir-se en normal és convertir-se en no-malalta. Per això, quan en un fil discursiu al grup 2 pregunten: què farieu si no tinguéreu agorafòbia? Una usuària contesta: “tendría empleo, saldría al parque e incluso iría de compras” (Flora, grup 2). Així, és, igual que amb la producció i el consum domèstic, al voltant dels eixos *aconseguitment/normalitat/recuperació vs fracàs/desviació/malaltia* com s'estructuren els principals fils discursius de les usuàries als grups també en aquest apartat.

Per una banda, per a algunes usuàries no poder anar “de compres” o “de tendes” suposa un fracàs i una desviació, un símptoma de la seua malaltia.

Necesito decirlo. No suelo hablar ni desahogarme mucho por aquí porque aun con los años que llevo siendo esta mierda me niego. Estoy hasta las narices. Me está dejando

solísima. Pero es que encima yo misma tampoco quiero estar con nadie. Y es una lucha constante. No llamo a mis amigos porque se que les aburre de cojones ir al bar se al lado de mi casa. No puedo ir al cine, ya ni pude ir de rebajas a 5 putas calles de mi casa (...) (Mila, grup 1).

Es salir y se me suelta la tripa y tener que volverme. No aguanto ni 5 minutos y llevo mucho. Antes se me soltaba la tripa e iba al baño de cualquier sitio donde estaba, pero ahora no puedo ni entrar en un centro comercial ni salir a pasear como hacía antes. Es pánico, pánico (Puri, grup 2).

D'altra banda, moltes més celebren poder fer-ho significant aquesta activitat com a mostra de normalitat, signe de recuperació: "Hoy salí con mi pareja. Estuvimos andando por la ciudad. Después cogimos el coche. Estuvimos de compras hasta las 7 de la tarde. Y he estado genial. Ningún síntoma de agorafobia (...)" (Elvira, grup 1) o;

¡De esto se sale! Así que ánimo y a comernos el mundo. Os lo digo yo que con 16 años tuve una agorafobia severa donde no entraba en los centros comerciales, ni avenidas grandes, ni eventos, ni cine.... ahora voy a todas las multitudes, centros comerciales, conciertos... (...) (Ali, grup 1).

Los días están siendo mejores para mí, voy con sertralina de 50 y diazepam de rescate, lo mejor es que tengo un poco menos de miedos por la calle y aunque todavía no salgo sola al menos no voy pegada a nadie e intento caminar a mi bola. Hoy he entrado a dos tiendas y mañana SUBO AL TREN!!!! creo que los avances son positivos para todos y por eso quiero compartirlos, mañana os diré que tal fue el tren, abrazos (Eva, grup 1).

En la línia de *l'aconseguitment/normalitat/recuperació* trobem al grup 2 dos entrades visuals que, possiblement per ser visuals esdevenen especialment esclareidores. La primera d'elles la protagonitza una usuària que es grava en directe comprant en un centre comercial. A aquesta entrada reaccionen les seues companyes amb comentaris com el següent:

Acabo de ver todo el vídeo entero y transmites mucha más fuerza de la que puedas imaginar. Tengo que comprar unas botas y llevo diciéndolo meses. No puedo esperar más, iré con dos cojones como tú dices. A ver si lo gravo. Gracias por tanta energía que traspasa la pantalla (Celia, grup 2).

En la segona entrada que destaquem observem una foto d'una usuària en un centre comercial. En la foto es veu a ella davant d'un aparador de la marca de productes de bellesa *Maybelline*. La usuària apareix amb un gran somriure i sostenint a les mans tres bosses de diferents marques de roba. El peu de foto amb què la usuària acompanya la publicació diu: "¡Día muy superadooooo! Muchísimo tiempo sin entrar a un centro comercial. ESTOY CONTENTA" (Neferty, grup 2). Les respostes a aquesta imatge de les altres usuàries són un general "Felicidades (...)" (Magda, grup 2), un significatiu "(...) hoy tienes que sentirte orgullosa" (Miriam, grup 2), un entusiasta "Bravo" (Anabel, grup 2), un motivat "Sí se puede" (Ursu, grup 2), i un sincer "(...) que chute de autoestima y felicidad da cumplir metas (...)" (Estefanía, grup 2).

Quan parlem de "compres per a si mateixa" a partir del concepte de feminitat "per a una mateixa" de Casado Aparicio (2002) i d'acord amb Carosio (2008), parlem principalment de compres relacionades amb la bellesa i la moda. A aquest respecte ens resulta important destacar un fil discursiu del grup 2 que exemplifica la normalització (o normativització) que suposa per a moltes usuàries dels grups representar-se en un àmbit de consum i de bellesa com són les perruqueries o els salons de bellesa. Estefanía narra així la seua experiència:

Ayer fuí a la peluquería, llevaba 6 meses sin ir a cortarme el pelo. Siempre que voy tengo pensamientos intrusivos de camino, y cuando siento la necesidad de ir todo es un caos en mi mente. Tengo que llamar, pedir cita (lo odio porque al planear algo siempre empiezo a angustiarme y me inundan los pensamientos catastróficos). Fuí acompañada por mi hermana para ir hablando por el camino e intentar callar la mente. Una vez allí pensé: ¿Qué me puede pasar, que me quiera ir? Pues me voy! ¿Que me desmaye? Pues ya me despertaré y lo conseguí, llegué y me corté el pelo! Cuándo te marcas una pequeña meta y la cumples el subidón es inmenso y vale la pena. Al llegar a casa te sientes fuerte, capaz, feliz... con ganas de subir otro escalón. Sé que hay días duros, días que lo mandarías todo a la "mierda", pero hay que valorar y celebrar cada pasito que das, porque te aleja más del agujero donde te encuentras. Celebra, felicítate, prémiate. Nadie más que tú sabe lo duro que a veces se pone el camino (Estefanía, grup 2).

A les respostes d'aquesta entrada s'observa com hi ha companyes que ho experimenten igual.

A mí me pasa exactamente lo mismo con la peluquería. Me daba vergüenza decirlo porque nadie me entendería, bueno vosotras sí. También fui hace una semana, me llene de valor y me corté la melena bastante, ya que voy poco. Pero sí, es increíble lo que para mi madre es un placer ir, va muy a menudo, para nosotros es un sacrificio de la leche. Me alegro mucho por ti de verdad, luego te sientes bien por conseguirlo (Celia, grup 2).

Com ja hem introduït al marc teòric, el model que conviu actualment amb la “dona domèstica” que véiem en l’apartat anterior és el de la “dona alliberada”, hereva de la “dona per a ella mateixa” dels anys 80 i 90 (Casado Aparicio, 2002). Una part fonamental d’aquesta “dona per a si mateixa” és que esdevé una important consumidora; i és que la cultura del consum ha aconseguit fer l’alliberament sexual femení materialitzable i accessible a qualsevol feminitat que entre dins de la DBCMAHR²⁸.

Moltes autores, també amb qui treballem, consideren que el mite de la bellesa aplicat a la societat de consum resitua les “dones” en la submissió, “se muestra en rasgos mercantilistas y patriarcales, y favorece una representación frívola, con una imagen sexy, flexible, despreocupada e ingenua, como una muñeca sexual, pícara y saludable” (Carosio, 2008). Per a nosaltres és important no caure ni en la simplicitat ni en la comoditat que suposen en molts punts les lectures opressives sobre la bellesa femenina. No pretenem des d’ací quedar-nos únicament amb la idea que comprar, anar a la perruqueria, al gimnàs, etc., esdevé una submissió de les feminitats cap a una societat patriarcal que ens vol guapes. Que ens vol guapes la societat patriarcal ja ho sabem, però ens cal recuperar també la idea que eixa societat patriarcal, com el sistema capitalista, no són (encara que ho semblen) “homes” grans, amb bigot i un cigar en els llavis que ens manegen i sotmeten, que eixa societat patriarcal la conformem també nosaltres, que no som únicament víctimes passives sinó també subjectes actius que “fem” en ella, que podem trobar satisfacció en aquest “veure’ns guapes” així com formes d’agenciament en aquestes pràctiques. A aquest respecte recuperem el fil discursiu de la perruqueria i atenem dos comentaris que es produeixen en aquesta entrada per part de dues usuàries. Elles s’expliquen així: “Yo me lo voy a tinter en

²⁸ “Dona” blanca, de classe mitjana o mitjana alta, heterosexual i reproductora. “Dones” més joves que majors, amb independència econòmica i un cert poder adquisitiu com per a poder consumir un tipus de béns, alguns dels quals no són massa barats, i amb un nivell cultural i educatiu suficientment alt com per a garantir la independència femenina i l’autonomia que promouen. Acronim inspirat, de nou, en Pérez Orozco (2014).

casa, más que nada por el precio que supone hacerlo allí (...)" (Estefanía, grup 2) i; "Yo también en casa (Isa, grup 2)".

Si es parla d'aquestes pràctiques corporals de bellesa com a submissió, existeix el risc del fet que tota acció empresa pels subjectes femenins, tota acció que no siga conceptualitzada o practicada *a priori* com a feminista, siga vista com a acatada, supeditada o obeïda. En canvi, aquestes mateixes pràctiques corporals poden ser enteses com realitzades per un cos agent²⁹ (Esteban, 2004a) que, conscientment o inconscientment, és susceptible d'establir microcontestacions a unes estructures socioculturals desiguals, sempre des de la responsabilitat de saber aquestes pràctiques com a construïdes (Gill, 2007).

Així, podríem dir que les dues usuàries abans esmentades són víctimes passives d'un ordre masculista secundat pel discurs mèdic agorafòbic que ens vol guapes. Pot ser que ho siguen, però també podríem fer una lectura més complexa i veure que són dues "dones" que *a priori* volen "veure's guapes" fent-se tractaments als cabells i que, com que no van a la perruqueria a causa del seu malestar, desenvolupen una resistència agencial al discurs hegemònic mèdic i genèric "d'eixir de casa" consumint d'altra manera, fent-se els tractaments a casa. Les perruqueries i els salons de bellesa són tradicionalment, com els gimnasos per a les masculinitats, espais de reafirmació i construcció de feminitats. Si la masculinitat, com la feminitat, pot definir-se al mateix temps com la posició en les relacions de gènere, les pràctiques per les quals els "homes" i "dones" es comprometen amb eixa posició de gènere, així com els efectes d'aquestes pràctiques en l'experiència corporal, en la personalitat i la cultura (Connell, 1995), si, de la mateixa manera, ser "dona" és convertir-se en "dona", això és, adaptar el cos a una idea històrica i concreta del que és ser "dona" (Butler, 2001); llavors podem dir que les perruqueries, o en les perruqueries, (es) construeixen feminitats i "dones". Aquestes dues usuàries construeixen espais alternatius (sa casa i no la perruqueria) per a ser "dones", per a "fer" com a "dones". En un context en què el normatiu per a les feminitats agorafòbiques és eixir al carrer i practicar les feminitats al carrer, aquestes "dones" ho fan a casa construint altres espais on "ser dona" alternatius als espais normatius. Així, no podem i no volem interpretar ací el cultiu de la imatge corporal com un mer sotmetiment de les usuàries a les normes dominants, sinó que preferim conceptualitzar aquestes pràctiques com

²⁹ Esteban (2004a), aplicant idees de Connell entre altres, proposa el concepte de cos agent per a evidenciar que els processos d'agència resulten de pràctiques corporals que esdevenen, per damunt de tot, relacionals.

a processos complexos de negociació i renegociació dels criteris que s'han de seguir, en què participem totes com a actores socials implicades (Esteban, 2012).

D'igual manera a com passava amb el consum domèstic, el consum per a “una mateixa” apareix reconegut per alguna usuària també com a prescripció mèdica: “Esta es mi segunda psicóloga privada, la primera me hacía terapias de choque en grandes almacenes y zonas muy concurridas (...)” (Selma, grup 2).

Açò ens aboca de nou al *doing agoraphobia* de Reuter (2001), un “fer agorafòbia” que és també, com hem vist, un “fer gènere”. D'aquesta manera, si anar de compres, a la perruqueria, etc., es converteix en una prescripció mèdica, si t'identifiques com a agorafòbica i et fas valdre d'eixa explicació mèdica perquè necessites donar resposta al teu malestar: com vas a no tenir por anant a un centre comercial? Però el més important, si vols recuperar-te d'eixe malestar que has significat com a agorafòbia: com no vas a intentar anar a centres comercials, a la perruqueria, etc? A aquest respecte agafem el discurs d'una usuària del grup 2.

Yo también estoy así e imagino que muchos más por aquí. Salir cada día es una lucha agotadora. Estos días lo hago más seguido pero me cuesta. A veces sólo lo hago por hacer la compra, me obligo a pequeñas cosas. Estos días me voy a las rebajas y voy al centro comercial (Guada, grup 2).

Si l'agorafòbia crea agorafòbiques, i si les prescripcions per a aquest trastorn mantenen o defenen missatges genèrics, aleshores l'agorafòbia crea determinades feminitats normatives: persones amb un determinat malestar que es preocuparan, s'ocuparan o “s'obligaran” a restablir-se consumint. I tot açò apareix plasmat en la construcció de l'agorafòbia que es fa als grups.

3.2.2.2.1. Els béns d'experiència

Aplicar a la realitat contemporània la noció de consum comporta ampliar el seu camp d'acció de la simple adquisició de mercaderies i serveis a l'accés a experiències i béns immaterials (Pine II i Guilmore, 1999).

Trobem en les narracions dels grups el que cataloguem com a consum de béns d'experiència d'acord amb Illouz (2007). Parlem d'anar al cinema, al teatre, anar a sopar a un restaurant o viatjar. Béns d'experiència que funcionen exactament com la resta de béns explicats anteriorment, béns que les usuàries consumeixen (o volen consumir) per a elles mateixes, molt concordes amb la feminitat actual alliberada que viatja, menja a restaurants, va al cinema, etc. Béns, aleshores, que, com abans, s'estructuren en les narracions de les usuàries al voltant dels eixos d'*aconseguit/normalitat/recuperació vs fracàs/desviació/malaltia* tal com veiem en les següents narracions: “Hace una semana tuve un bajón fuerte. Después de haber conseguido poder ir a cenar a dónde quisiera, el otro día tuve que marcharme del restaurante. (...) pero hoy me vuelvo a sentir fuerte y se que vamos a poder con esto (...) (Ainoa, grup 2)”; “Últimamente siento muchos síntomas de ansiedad pero he logrado ir al cine. Hacía 3 años que no iba (...) lo importante es que he salido después de decirle 5 veces a mi hermana que no iba (...)” (Ita, grup 2); “Bueno gracias a Dios hice el viaje y ¡que contenta que estoy! Todo fue de maravilla. Hoy hemos estado recorriendo el centro de la ciudad, he cogido metro y todo, algo a lo que le tenía pánico” (Nela, grup 3), o;

Alguien que me ayude a sobrellevar la ansiedad mientras me alejo de mi casa en vacaciones, voy a estar a 800 km y me ha dado un ataque de pánico al salir, estuve a punto de darme la vuelta (yo no conduzco obviamente) llevaba mucho tiempo bien, pero me siento horrible, pensaba que podía ser una persona normal y viajar pero no (Estefanía, grup 2).

Com indica Illouz, inscrits en la categoria que la sociologia del consum denomina béns d'experiència, aquestes activitats corresponen a una indústria tan lucrativa com la de l'oci o a un mercat tan estructurat com el del turisme. En general impliquen certes despeses de transport i d'allotjament, així com una participació en el mercat turístic del lloc que es visita. Representen un exemple perfecte de mercaderia postmoderna. L'experiència que aquestes generen s'entrellaça amb els atributs o els significats de l'objecte consumit, però també de l'acte mateix de consum. En paraules d'Illouz, “los elementos materiales que constituyen los bienes postmodernos quedan sumidos en el signo, que a su vez los recubre” (Illouz, 2007, p. 196), o com planteja Michael Featherstone, en la cultura del consum “los bienes se disfrazan de experiencias y las experiencias son convertidas en bienes” (Michael Featherstone, 1983, p. 6 citat en Illouz, 2007, p. 197). Experiències amb les quals, portades a la pràctica, també

reproduïm i donem forma a les nostres feminitats; feminitats alliberades, feminitats que ja en l'espai públic viatgen, van al cinema, a restaurants, etc.

3.2.2.3. Seté manament: Assumiràs la gestió domèstica i familiar

Fins fa cosa de sis anys mai havia tingut la meua casa pròpia. En realitat me'n vaig anar de casa dels meus pares amb dèssset anys, he estat en multitud de pisos compartits, però va ser fa sis anys quan la meua parella, el seu gos i jo vam iniciar un projecte familiar. Les anteriors cases no les havia considerat mai meues del tot, per tant la meua responsabilitat en elles era parcial. El meu pis actual és la meua llar.

Al principi de començar a viure ací un dubte em rondava pel cap: seria capaç de saber mantenir la meua casa, quan soc jo la que passa el major temps en ella mentre la meua parella treballa fora? Amb vergonya pròpia, em recorde netejant i pensant com d'orgullosa estaria la meua mare si vera com em desenvolupava. No sé si per agorafòbica, per gossa, per deixada o per què, però ni jo mateixa ni molta de la gent que m'envolta em veien capaç de “portar una casa endavant”.

No tinc fills, però sí un gos que necessita passejar tres o quatre voltes al dia, i que cada dos per tres m'obliga a acompanyar-lo a la veterinària del barri. Sempre he volgut tenir un gos, i alguna que altra vegada he hagut d'escoltar: però podràs passejar-lo tots els dies i atendre les seues necessitats si et costa eixir al carrer? També jo mateixa em veia al principi incapaç de fer-ho.

Sis anys després ací estic: seguda a l'ordinador, amb una llavadora per estendre, el sopar per fer i el gos per passejar.

3.2.2.3.1. A la casa i al carrer

El neuròleg i psiquiatra estatunidenc Abraham Myerson va afirmar l'any 1929: “the neurotic woman, a chronic invalid for the housework” (Myerson, 1929, p. 71-72 citat en Reuter, 2006). Tenint en compte que durant aquests anys la gran majoria de les persones diagnosticades d'agorafòbia eren “homes”, i que totes les “dones” els malestars de les quals no encaixaven

en cap diagnòstic eren qualificades com a “neuròtiques” (Reuter, 2001), el que anys després serien amb contundència “les agorafòbiques”, entraven l’any 1929 dins de l’afirmació de Myerson.

Primer de tot cal esclarir què entenem per treball domèstic³⁰. Segons Pérez Orozco (2006), hi ha un consens general a definir el treball domèstic o reproductiu, l’altra meitat oposada al treball productiu dins del concepte de la divisió sexual de la feina, com aquell que produeix béns i serveis per a l’autoconsum i no per a l’intercanvi mercantil, com aquell que genera valors d’ús per al consum immediat de la família però no valors de canvi.

Si concebem el treball domèstic des de la seua vessant únicament espacial (privada, dins de la llar), desmentirem l’afirmació de Myerson per a les agorafòbiques. Així ho demostren els discursos següents: “Yo estoy como tú. Estoy mal porque no soy autosuficiente. En mi piso soy feliz y hago todas mis tareas, subo a la terraza a tender la ropa que son tres plantas sin ascensor” (Elsa, grup 1), i; “A veces me quedo sola por las mañanas porque mi marido se baja a la bebé a la calle y mis otros hijos están en el cole, pues yo me pongo alabanzas y me pongo a limpiar la casa y eso me ayuda mucho” (Elena, grup 2).

De fet, està tan acceptat que les “dones” s’ocupen del treball domèstic privat, que en un marc com el d’aquests grups, tal com anem veient, on els consells o les recomanacions per a portar millor o superar el malestar agorafòbic sobrevolen i travessen la majoria dels discursos, és possible fins i tot trobar la divisió sexual de la feina, això és, la diferenciació de les tasques que es consideren per a “dones” i “homes” en tot el seu esplendor i amb claredat en algún discurs. És el que trobem en dos entrades diferents d’una usuària del grup 1. En la primera entrada, aquesta usuària aconsella el següent a una companya que afirma sentir-se angoixada: “Haz cosas sin parar: limpia, recoge... céntrate en eso (...)” (Joana, grup 1). En una altra entrada escrita uns mesos després, quan un company identificant com a “home” expressa, de manera semblant a la companya de l’anterior post, estar vivint uns moments difícils i de molt de malestar, Joana li contesta:

³⁰ El concepte de treball domèstic d’acord amb autors com Ignasi Brunet Icart i Carlos Santamaría Velasco (2016), esdevé un concepte occidental i etnocèntric que desconsidera les tasques no associades a l’experiència de les “dones” blanques i occidentals, excloent-ne de forma explícita el treball de les “dones” no occidentals en les seues llars, al qual califica com a feina de subsistència.

Busca rápidamente algo que te llene y ocúpate de cabeza a ello. Algo que dé alegría, la mayor tontería pero que sientas felicidad. Se me ocurre la jardinería, siembra algo y míralo crecer. También puede ser el deporte, ponerte metas deportivas de superación. La música, con el instrumento podemos expresar nuestros estados de ánimo y ayuda. Cuidar tu aspecto físico y renovarte en plan dejar el pelo más corto o más largo, cambiar tu estilo de vestir, si vestías informal ponerte más formal o al contrario. Busca cosas, hay mil cosas por las que vivir que puedes disfrutar. Por ejemplo viajar y conocer sitios (Joana, grup 1).

No és difícil observar, al marge d'altres detalls com l'extensió o la intensitat d'un i d'altre missatge, com en termes de contingut no esdevé el mateix el que aquesta usuària aconsella per a una "dona" i per a un "home" a l'hora de superar, gestionar o simplement portar el seu malestar. Així, encara que el discurs general agorafòbic en les comunitats virtuals que analitzem és un discurs femení, per això parlem del "diagnòstic agora-dona", aquesta usuària és capaç de transformar aquest discurs i aplicar-lo a la divisió sexual de la feina tenint en compte si la persona destinatària dels seus consells és llegida com a "dona" o com a "home": per a ella l'espai domèstic/privat, per a ell activitats quasi totes realitzables de la porta de la casa cap a fora.

Hem parlat fins ara d'una visió espacial del treball domèstic, però considerem que concebre la divisió sexual de la feina sobre la base únicament del patró espacial esdevé simplista i esbiaixat, a més d'improductiu. El que ens importa a nosaltres ací no és tant la vessant espacial, més encara en uns moments d'externalització de les vides quotidianes, i també del treball domèstic com hem vist al marc teòric i al manament del consum domèstic, com la vessant simbòlica. Públic significarà així tot allò relacionat amb l'àmbit de la producció, de la societat política i la societat civil, i privat esdevindrà tot allò relacionat amb l'àmbit reproductiu, domèstic i familiar, independentment de l'espai físic. Tal com afirmen Cristina Carrasco i Cristina Bordarías (1994), vivim unes dècades en què el treball domèstic està mudant: augmenta el temps dedicat a prendre decisions de consum, a resoldre necessitats educatives, a mediar amb les institucions per a accedir a la complexa xarxa de serveis sorgits amb l'estat del benestar; en definitiva, el treball domèstic més manual cau en favor d'un treball més relacional que excedeix els límits de la llar. Amb tot, es pot dir que les tasques domèstiques han canviat, s'han diversificat, s'han externalitzat, però no que el treball

domèstic desaparega ni tendisca a fer-ho. És d'acord amb aquesta visió que parlem en aquest manament més que de treball domèstic, de gestió domèstica i familiar de la vida.

La definició ja repassada del trastorn d'agorafòbia oferida pel DSM-IV parla de la impossibilitat o dificultat de les persones agorafòbiques per a dur a terme responsabilitats domèstiques com fer la compra o portar les filles i els fills al metge; activitats ubicades espacialment fora de casa però pertanyents simbòlicament a l'àmbit domèstic i familiar. Entre les activitats que podríem considerar de gestió domèstica i familiar que identifiquem en els discursos de les usuàries dels grups, ja no sols dins de casa sinó també fora, trobem referències a la gestió econòmica de la llar. És el cas del següent fil discursiu del grup 1.

- Aprovecha para domiciliar los pagos y si tienes que llorar llora. Ánimo (Graciella, grup 1).
- Sí, están todos domiciliados solo que no quería dejarlos en descubierto luego te clavan unas comisiones de 30€ por cada descubierto y no me daba la gana (Eva, grup 1).

Però per damunt de tot si alguna cosa reconeixem en els reports dels grups són referències a la gestió familiar, especialment a l'educativa i sanitària de les filles i els fills, tal com advertia, presagiava o convidava la definició de l'any 1994 de l'APA. Així, una de les grans comeses a les quals han de fer front aquelles usuàries dels grups que són mares és la de conciliar el seu malestar (i el seu diagnòstic) amb les activitats com a mares, tal com apareix en les següents narracions: "A mí también me pasa. Tengo mellizas de 8, así que cuando van a la escuela me trato de relajar esas 4 horitas lo más que puedo porque después tengo que continuar (June, grup 1)"; "Sí, eso es lo peor. Que no puedas salir con ellos a cosas cotidianas como a los doctores, urgencias, ir a dejarlos al colegio... Eso es lo que más me duele, ya no sé qué hacer" (Natalia, grup 1); "Hola grupo, todos los días tengo sensación de muerte inminente. Voy al cole a buscar a mi hijo, me empiezo a encontrar mareada y veo a la gente rara y parece que me voy a morir (...)" (Tere, grup 1) o; "Yo no me atrevo ahora mismo a tener una entrevista con la maestra de mi hija para que no me meta en una sala y me cierre la puerta. Y al médico tengo que ir acompañada si no me da pánico la sala de espera. No sé qué me está pasando" (India, grup 2).

Front a un discurs majoritari que informa de l'autoatribució complaent per part de la majoria de les usuàries de la responsabilitat d'aquestes feines, i que també parla de culpabilitat quan

aquestes no es poden desenvolupar satisfactòriament, apareix alguna veu que, fregant la incorrecció política i genèrica, quan contextualiza el seu malestar dins del seu context familiar i domèstic assegura: “mis bebés me agobian mucho” (Roser, grup 1).

A partir dels relats exposats en el que portem de la nostra anàlisi podem observar com molts dels malestors de què parlen les usuàries significats com a agorafòbia apareixen associats en els seus discursos a espais determinats: el supermercat o els centres comercials en el manament sisé o els col·legis o hospitals/consultes mèdiques en aquest. Podem arriscar-nos amb tot el que hem vist fins ara a exposar que si aquests espais apareixen associats per part de les usuàries, i també del discurs mèdic general, al seu trastorn és perquè són possiblement els espais que més freqüenten en les seues quotidianeïats, així com els que no han de deixar de freqüentar per a seguir complint amb el model femení normatiu.

Remetre'ns en aquesta anàlisi als discursos referents a portar al col·legi o a la metgessa o metge les filles i els fills ens aboca de ple al concepte de treball reproductiu, les principals característiques del qual són la inexistència de remuneració salarial, la feminització i la invisibilització (Carrasquer, Torns, Gil i Díaz, 1998).

El treball reproductiu ha estat interpretat per algunes autores com l'ocult necessari per al funcionament del sistema econòmic capitalista (Dalla Costa, 1972), com el resultat de la interrelació entre dues estructures autònomes com ara el capitalisme i el patriarcat (Hartmann, 1981; Maruani, 2007) o com la conseqüència directa del sistema unificat i no autònom que conformen patriarcat i capitalisme (Beasley, 1994). Al marge d'aquestes particularitzacions en l'anàlisi del treball reproductiu i domèstic, si en una cosa estan d'acord aquestes autores és en el fet que aquest pol de la divisió sexual de la feina ens correspon històricament i necessàriament³¹ a les feminitats. Als grups s'observa com, tot i que aquestes “dones” tenen problemes per a eixir al carrer, per a comprar, per a portar les filles i els fills al centre de salut o al col·legi, en les seues vides quotidianes la gran majoria de les voltes són elles, necessàriament, les que realitzen aquestes funcions. En diferents entrades dels grups 1 i 3 en què el tema gira al voltant de les dificultats que viuen a l'hora de poder realitzar activitats com les abans esmentades, les usuàries responen així: “Entiendo todas tus palabras. No sé qué decirte, sólo que cuesta mucho pero nos las apañamos para conseguir

³¹ Utilitzem el terme “necessitat” ací des del seu sentit filosòfic: com allò que sembla que ha de ser així, que sembla que és inevitable.

hacer las cosas (Elsa, grup 1)” i “No sé si es porque te envalentonas al ver que puedes o porque no queda más cojones. Con el niño de 8 meses no queda otra... (...)” (Marina, grup 3).

Expressions com “nos las apañamos” i “no queda otra” ens porten de nou a desmentir la tesi de Myerson per la qual les agorafòbiques (i la resta de neuròtiques) esdevenen unes inútils per al treball domèstic i reproductiu.

3.2.2.3.2. Gestió domèstica tangible i intangible

Tornem al principi de a nostra reflexió en forma de manament arrossegant tot el que hem formulat fins ara. Què entenem aleshores per treball domèstic a partir de la desarticulació de la visió espacial i de la incorporació en aquest treball de les funcions familiars? És l'altre ocult de la producció, el que tradicionalment s'ha anomenat treball domèstic o reproductiu, la realització de tasques tals com llavar, planxar, netejar, comprar, cuinar, portar les filles i els fills a la metgessa o metge i al col·legi...? Sobre això, sobre l'encobert i independent al mercat que es necessita per al manteniment de les nostres vides, té molt a dir la perspectiva econòmica feminista de la ruptura enunciada i defensada per Pérez Orozco (2006, 2014). Atenguem primer, però, el següent fil discursiu del grup 2 protagonitzat per dos “dones” i mares que conversen al voltant de la comesa que viuen com a mares i agorafòbiques.

- Si me da miedo lo haré con miedo, pero lo haré. Piensa así cariño. Si hoy no puedes hazlo mañana. El viernes mi hijo hace una actuación en el colegio por Navidad y aunque me tenga que poner una pastilla de valium debajo de la lengua, llevar mi botella de agua, caramelos o un abanico no me lo voy a perder (...) (Nerea, grup 2).

- Uf, el mío canta el jueves y la grande el viernes y no sé cómo voy a estar, imagino que mal pero ir iré (Elena, grup 2).

Podríem definir les accions d'anar a veure a un fill o una filla actuar al festival nadalenc com una tasca domèstica o un treball reproductiu? Segons la visió econòmica hegemònica no: no és necessari per al manteniment de la casa ni de les persones que viuen en ella. Front a aquesta visió hegemònica tradicional, des de l'enfocament econòmic de la ruptura no s'aposta per concedir el mateix valor analític a esferes econòmiques escindides (producció/reproducció), sinó per centrar-se en l'element que les trascendeix i, al mateix temps, les

conté, el anomenen “la sostenibilitat de la vida”, resultant central en aquesta sostenibilitat valorar el component afectiu del treball domèstic.

[L]as necesidades humanas son de bienes y servicios pero también de afectos y relaciones. Necesitamos alimentarnos y vestirnos, protegernos del frío y de las enfermedades, estudiar y educarnos, pero también necesitamos cariños y cuidados, aprender a establecer relaciones y vivir en comunidad. Y esto requiere algo más que sólo bienes y servicios (Carrasco, 2001b, p. 14 citada en Pérez Orozco, 2006, p. 86).

A més de posar en dubte el mercat, aquest enfocament econòmic treballa a revaloritzar, visibilitzar i recuperar aquells treballs històricament protagonitzats per “dones” que no són reductibles al concepte de treball domèstic o reproductiu. Per tal d’il·lustrar la importància d’aquests treballs històricament invisibilitzats, devaluats i feminitzats, Pérez Orozco (2006) utilitza dos llistats que, sense pretendre ser una mostra tancada ni definitiva d’aquests, mostren la complexa xarxa d’activitats que no poden escindir-se ni en la distinció treball remunerat/tr treball no remunerat, ni de bon tros en la d’ocupació/tr treball domèstic i reproductiu.

El primer dels llistats provinent del col·lectiu IOÉ exemplifica la multiplicitat d’activitats que poden donar-se en una determinada llar, en funció de les condicions laborals sota les quals es donen:

- Trabajo doméstico
- Trabajo no remunerado desarrollado fuera del hogar
- Empleo doméstico
- Trabajo a domicilio
- Trabajo mercantil
- Servicios públicos y de ayuda a domicilio
- Trabajo voluntario

(Colectivo IOÉ, 2001 citat en Pérez Orozco, 2006, p. 90)

El segon llistat pres de Christine Beasley utilitza com a criteri distintiu el contingut de les activitats realitzades:

Trabajo asalariado diferenciado por sexo

Trabajos no remunerados en el ámbito público que repiten las características de los siguientes:

- trabajos de servicios de apoyo, incluyendo tareas de viajes, educativas, cívicas, etc.
- “trabajo doméstico”, incluyendo comprar, cocinar, lavar, mantener la casa, encargarse del jardín...
- “trabajo corporal” o de administración del cuerpo, incluyendo la organización de las dietas, ejercicio, sueño, mantenimiento de la “belleza”, parto, actividades relacionadas con la menstruación y la salud...
- sexo
- cuidados a la infancia (diferenciado del siguiente por su peso específico)
- trabajo emocional, incluyendo el “cuidado del marido”, de amigas/os, vecinas/os, parientes...

(Beasley, 1994 citada en Pérez Orozco, 2006, p. 93)

Dins d'aquest segon llistat sí que podem ubicar les activitats de les dues usuàries abans esmentades d'anar a veure cantar les seues filles i fills, així com moltes altres activitats que apareixen als grups com portar al parc les filles i fills, portar-les i portar-los al circ o al cine, etc. Aquestes activitats potser no són, com déiem abans, necessàries per al manteniment vital o físic de la família, però com sosté Pérez Orozco (2006) hi ha necessitats tangibles i intangibles, i ambdues són necessàries per a la sostenibilitat de la vida. Les activitats realitzades per aquestes usuàries, dotades d'intangibilitat, són necessàries per al manteniment emocional, per a reforçar l'autoestima de filles i fills, per a establir vincles familiars, etc., necessàries per a viure una *vida digna de ser viscuda*, i invisibles i inabastables des dels conceptes de treball domèstic i reproductiu.

Arribades a aquest punt, ens quedem doncs amb les possibilitats analítiques dels conceptes de *sostenibilitat de la vida* i de *vida digna de ser viscuda* (Pérez Orozco, 2006, 2014). Aquests conceptes ens permeten anar més enllà de la centralitat dels mercats, focalitzant-nos en el que fem unes i altres en pro de sostenir-nos la vida. El que fan moltes de les usuàries dels grups que analitzem, a partir d'un discurs mèdic incorporat i practicat, travessat pel mirall de la producció/reproducció és atendre les dues esferes; això és, treballar moltes d'elles fora de casa en un treball remunerat i, a més, esdevenir necessàries i imprescindibles en la gestió domèstica i familiar. El que fan aquestes mateixes usuàries des de la noció de *sostenibilitat*

de la vida, una noció amb possibilitats d'aportar i sumar al concepte de divisió sexual de la feina, és tenir un pes crucial en el suport no sols físic o tangible de les seues llars, sinó també afectiu, un pes necessitat de consideració, valoració i visibilització.

3.2.2.4. Huité manament: No renunciaràs a la maternitat

Com ja he esmentat al seté manament no soc mare. Tampoc sé si ho seré algún dia. Tot i així, des de fa alguns anys note que la meua “condició” d'agorafòbica intervé en la meua possible maternitat/no-maternitat. Ho vaig notar per primera volta quan un psiquiatra em va dir: “el día que seas madre no necesitarás volver a esta consulta”. Després d'aquell psiquiatra va ser la psicòloga i, de nou, un altre psiquiatra. No em va fer falta ser molt perspicaç per a adonar-me que agorafòbia i maternitat operaven juntes d'una manera particular.

La idea que hi havia darrere d'aquell “no necesitarás volver a esta consulta”, expressada amb diferents paraules pels altres metges i terapeutes, era que, com si d'una relació matemàtica inversa es tractara, a més mare menys agorafòbica. Aquesta relació matemàtica portada al terreny quotidià resulta més assequible al comú dels mortals, de les mortals en aquest cas, i l'he vista circular per l'imaginari col·lectiu des de la meua infància fins hui: “quan sigues mare seràs capaç de tot pels teus fills (mare i pare)”, “passes a un segon pla, ells són el primer” (àvia), “canvia la vida, canvien les prioritats” (amiga recentment parida).

Mentrestant, mentre decidisc si puc i vull ser mare, pratique, com també he contat en l'anterior manament, el meu ordre de prioritats, el meu segon pla i la meua abnegació amb el meu gos que, encara que no ha aconseguit fer-me menys agorafòbica, almenys em deixa dormir per les nits.

3.2.2.4.1. Maternitat pública hegemònica

La maternitat³² no esdevé una experiència homogènia, més aviat al contrari, com que es dona en contextos socials, econòmics i ètnics distints està subjecta a pràctiques i manifestacions diverses, el que ens obliga a parlar de maternitats i no d'un únic patró de

³² Entenem maternitat ací com un procés que inclou no sols l'embaràs i el part, sinó també i de manera molt important la criança.

maternitat (Soto Rodríguez, 2000)³³. Tot i així, com hem fet al llarg d'aquest treball amb els conceptes de *feminitat vs feminitats*, sí que podem parlar de l'existència hui en dia d'una idea de maternitat hegemònica i vigent que funciona com a model normatiu al qual han d'adaptar-se les experiències subjectives pel tal de garantir l'ordenament social. Eixa maternitat, en singular, normativa i dominant hui en dia, és una maternitat pública d'acord amb un ordre de gènere estructurat al voltant de l'eix producció-consum que ja no relega les "dones" a l'espai privat, però tampoc deixa de demandar les seues cures: mares treballadores com hem vist al cinqué manament, mares consumidores les quals, recordant a Carosio (2008), destinen en les societats occidentals el segon lloc de les seues compres al que l'autora anomena compres de "dona-mare", i mares cuidadores també fora de casa, com hem vist al seté manament, que porten les filles i fills al col·legi, al centre de salut, al parc...

En aquest context, front a aquest manament social, l'agorafòbica, la que no pot eixir al carrer, pot esdevenir, portant l'afirmació mèdica de Myerson treballada en l'anterior manament al terreny que ens ocupa ara, una inútil per a la maternitat, amb el que això implica per a la institució familiar. Però no sols una inútil per a la maternitat sinó, el que és més important, l'agorafòbica pot esdevenir un perill per al manteniment d'un ordre de gènere en què la "mare" treballadora, consumista i cuidadora esdevé una peça clau.

Tot i que els canvis produïts les últimes dècades en la normativitat femenina, fruit de la institucionalització de l'alliberament sexual, la separació entre sexualitat i reproducció o el control de la natalitat (Casado Aparicio, 2002), també han afectat en l'experiència de les maternitats, aquesta experiència segueix articulant-se per a moltes "dones" al voltant de les seues presències en l'esfera productiva i en la domèstica/reproductora. Laura Balbo (1978) anomena aquest fet com la "doble presència", laboral i domèstica, a la qual en duplicitat simultània s'enfronten des de fa dècades moltes "dones". Des del punt de vista de l'elecció, autores com Lia Cigarini (2006) descriuen l'experiència actual de moltes feminitats com l'experiència del "doble sí", aquella en què moltes "dones" encarnen dos sí clars: sí al treball remunerat i sí a la maternitat. D'aquesta manera, per a moltes participants dels grups que analitzem la maternitat és un moment en què aquesta doble espiral de demandes socials es

³³ Encara que Pilar Soto Rodríguez (2000) no ho especifica al parlar de "maternitats" en plural, cal inloure ací no sols experiències econòmiques, culturals o ètniques diferents que apunten a la deconstrucció etnocèntrica del singular "maternitat". Aquest singular a més d'etnocèntric pot esdevenir heteronormatiu, i per això parlar de "maternitats" significarà també considerar en aquesta plural les experiències maternals no heteronormatives.

fa present. Recuperem alguns extractes ja exposats en altres manaments, però que ara resulten especialment rellevants per a veure aquesta doble demanda amb què breguen moltes usuàries d'aquests grups: "(...) tengo que volver a trabajar y tengo dos peques pequeños (Vanessa, grup 1)" o "Sin duda te mereces un respiro además de que te digan el mérito que tienes por sacar a 4 niños adelante, una casa, el trabajo, un esposo y la maldita agorafobia" (Estefanía, grup 2).

El concepte hegemònic de maternitat és un concepte fortament biologicista, possiblement no sols degut a la idea dominant de la divisió sexual de la funció reproductiva sinó també a causa de la interpretació i l'ús que la medicina ha fet d'aquesta idea a partir de nocions com la d'instint maternal. Per damunt d'aquest essencialisme subjacent, però, la maternitat resulta en realitat una relació social que parla, sobretot, d'ordenament genèric i social. En aquesta línia, i encara que no dubtem de l'assumpció essencialista i biologicista per part de moltes usuàries de l'experiència maternal tal com veurem més avant, identifiquem com en els grups la maternitat actua com una activitat social que exigeix ordre i, en el cas de "dones" amb problemes per a eixir o estar al carrer, per tant, autoregulació: "Sólo queda afrontarlo, salir y perder el miedo (...) Ayer me puse delante del espejo y dije: tú puedes, y fui a por mis hijos al colegio sola sabiendo que allí estaría la pareja de mi madre (...)" (Mariluz, grup 1) i "(...) Este monstruo llamado ansiedad no va poder conmigo en temas de mi hijo, creo que él es mi meta cada día" (Nerea, grup 2).

"Afrontar-ho" i "poder" és per a aquestes dues "dones" exercir una maternitat pública: anar al parc amb les filles i fills, portar-les i portar-los al col·legi, comprar el que necessiten... una maternitat d'acord amb un ordre de gènere femení productor, consumidor i cuidador que cal reforçar i en el qual cal autocorroborar-se si el que es pretén és assolir una recuperació, una normalitat.

3.2.2.4.2. Del "jo" patològic al "nosaltres" normalitzat

En la nostra anàlisi identifiquem el procés d'embaràs de les "dones" diagnosticades d'agorafòbia dels grups com el procés de gestació d'un nou subjecte: el que ja no pot amagar-se de "si mateix" com a excusa per a evitar les demandes socials. L'embaràs, per tant, constituirà eixa etapa intermèdia entre el "jo" patològic (el jo agorafòbic) i el "nosaltres"

maternal i normalitzat. Mentre el “jo” patològic encara pot mantenir-se al marge de la normalitat, fins i tot resistent a aquesta, el “nosaltres” maternal no pot existir en un context de no-normalitat. Així, els embarassos als grups són entesos en la narrativa general com una oportunitat per a animar i dirigir les futures mares cap a l’assoliment de la normalitat. Un bon exemple d’açò el trobem al següent fil discursiu del grup 2.

- (...) No sé si seré capaz de ser madre con agorafobia (Cruz, grup 2. “dona” embarassada).
- (...) Has superado todo un embarazo, te queda lo más bonito (Manuela, grup 2).
- Estoy segura de que al tener a tu bebé mejorarás ya que lo principal será él y por él serás capaz de todo (Estefanía, grup 2).

El “no sé si seré capaz de ser madre con agorafobia” de la primera usuària ja embarassada no ens parla de la funció biològica en si, ens parla del que significa ser mare en termes socials, del manament social de què hem parlat abans. I de nou, com també passava als extractes anteriors, el “serás capaz de todo” de la segona usuària cap a la primera és un: quan sigues mare milloraràs, seràs capaç de deixar de banda el teu jo agorafòbic, eixe que no pot o al qual li costa ixir al carrer, per a poder ser una mare normal/normativa, una mare pública.

El subjecte nou, el subjecte “mare”, que com el “dona” esdevé construït socialment i culturalment (Moore, 2009), és un subjecte que passa del “jo” al “nosaltres”, de l’egoisme individual a l’abnegació maternal tal com expliquen diverses usuàries al següent fil discursiu del grup 1.

- ¡Hola a todos! Que mañanita he tenido, mi bebé se cayó escaleras abajo con el andador y ni dudé de cogerla y salir corriendo a urgencias con ella en brazos (...) a pesar del susto y de subirme la ansiedad a mil fuí capaz de salir corriendo con ella hasta urgencias, unas 6 calles, sin mareos, sin malestares que me impidieran socorrerle pensando en su salud y bienestar. Gran aprendizaje el de hoy y gran logro, puedo estar a por los míos (Eva, grup 2).
- Suele pasar, cuando tienes a alguien que le pasa algo y más un hijo, lo nuestro pasa a segundo plano (Carmen, grup 2).

- (...) cuando reaccionamos sin que nos dé tiempo a mirarnos el ombligo, podemos sin más. A mí me pasó algo parecido con mi hijo (...) salí volando hacia allí, llegué antes que la ambulancia (Juana, grup 2).
- Pusiste a tu nena en primer lugar. Dicen que la ansiedad se da por pensar egoístamente en uno mismo (Pepi, grup 2).
- Ya ves lo egoistas que somos. Menos cuando he de hacer algo por mis hijos soy egoísta (...) (Eva, grup 2).
- Por ella muevo el mundo y seguro en un tiempo estaré mas recuperada (Eva, grup 2).

En aquesta mateixa línia, es donen discursos similars en altres entrades.

Ser mamá de un bebé es algo duro pero te hace hacer cosas impensables porque valoras más su salud y bienestar que la tuya propia. En este caso te felicito a ti por la fuerza de voluntad y a ese ángel caído del cielo que sin querer te ayudó a echarle coraje a la vida. Enhorabuena (Estefanía, grup 2).

Observem amb claredat als discursos com les usuàries vinculen el “jo” agorafòbic amb l’egoisme, un egoisme que desapareix amb la maternitat, un “mirarnos el ombligo” que “pasa a un segundo plano”, doncs el “nosaltres” maternal és un “nosaltres” altruista i abnegat, resum d’una maternitat normativa que és, però, sobretot inventada (Oakley, 1979).

Tot i que la narrativa general als grups sobre la maternitat representa aquesta com una activitat social que és necessari complir, més encara per als subjectes patològics, com un manament social dins del qual, com a signe de voluntat de recuperació, és important reafirmar-se, identifiquem cossos discordants, veus dissidents que renunciïn a adaptar-se a la prescripció pública com a única manera de practicar o experimentar la maternitat. Així ho explica una usuària del grup 2: “Mi hijo el mayor me echa cosas en cara, pero yo le digo: soy la madre que te ha tocado, una madre con agorafobia que no puede ir a verte a los partidos pero te apoya y escucha en todo. FIN con culpabilizarse. Es algo que hacemos mucho” (Isa, grup 2).

Malgrat aquestes veus discordants, o precisament a causa d’aquestes, els grups funcionen com a recordatori del precepte social, així com a qüestionadors i restablidors de les pràctiques divergents d’unes “dones” que amb el seu patiment agorafòbic s’oposen a ser part d’aquest precepte. Analitzem dos casos diferents. En el primer d’ells, una usuària del

grup 1 explica estar vivint una situació difícil: és mare i treballa alguns dies de la setmana fora de casa. El seu malestar l'angoixa cada volta més i no es veu capaç de seguir treballant fora, portant les seues filles al col·legi, al parc, etc... Davant la seua angoixa, davant sobretot la seua incompetència maternal en termes normatius, una companya de grup l'encoratja així: "Mira la carita a tus niñas, merecen que su mamá luche (...) Estoy mirando la foto tienes dos hijas preciosas, lucha por ellas bonita (...)" (Joana, grup 1).

De nou, no portar les filles al col·legi, no anar al parc amb elles, etc., és caure en la temptació de posar-se elles mateixes i la seua resistència patològica per davant de la seua descendència i, tal com hem vist ja, l'egoisme és absolutament incompatible amb la maternitat. Passem al segon exemple. En aquest segon cas una usuària, Dayanna, es queixa de la seua situació familiar: està sola, amb quatre xiquets xicotets, el seu malestar i no percep cap ajuda per part de la seua família. L'endemà ha de portar la seua filla xicoteta a l'escola i creu que no podrà fer-ho. Hi ha dies que pensa que seria millor morir-se i deixar de sentir-se així. La resta de companyes estan preocupades per ella i pels seus fills, creuen que "tienes que salir como sea" (Lourdes, grup 2). Entre aquestes companyes, hi ha una que expressa la seua opinió respecte a la situació de Dayanna de manera especialment clara.

En mi opinión Dayanna ya tiene suficiente encima como para enfrentarse con sus padres, eso ahora la desestabilizaría y la hundiría más. Ahora tiene que mirar por ella y lo demás que pase a un segundo, tercero o inclusive un cuarto plano. Lo primero es volver a ser persona, porque ahora somos almas en pena. Cuando están sus hijos el instinto maternal no le permite recaer porque lo primero que piensa es en ellos. Lo hacen inclusive los animales. Luego tiene que lidiar con sus miedos. Y no estaría de más que visitara un psiquiatra, psicólogo y/o terapeuta (...) (Estefanía, grup 2).

Com veiem en aquest últim report, una de les ferramentes utilitzades en les narratives de les usuàries com a instrument per a controlar les dissidències en termes de maternitat és l'instint maternal: l'assumpció i construcció de la mare com l'única figura preparada de manera natural, és a dir, físicament i emocionalment per a la maternitat a partir de quelcom que sols ella té, això és, l'amor maternal. Per a Carlota Solé i Sònia Parella (2004), la reducció de la maternitat a la condició biològica femenina suposa un perillós parany que encotilla i relega les "dones" a l'esfera reproductiva i les tasques de cura, i és principalment per aquest

reconeixement pel qual nosaltres incloem aquest manament sobre la maternitat dins de la dimensió *producció-consum* de Connell (1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018) a partir de la qual interroguem el discurs agorafòbic, això és, com a part de les desigualtats en termes de relacions de gènere que provoca una divisió sexual de la feina propagada i reiterada en el discurs agorafòbic. Per tal de contrarestar aquesta visió biologicista de la maternitat expressada per la última usuària (“lo hacen inclusive los animales”), ens quedem amb l’afirmació de Nancy Scheper-Hughes (1997) per a la qual l’amor matern no és un amor natural, sinó que representa més aviat una matriu d’imatges, significats, pràctiques i sentiments que sempre esdevenen socialment i culturalment produïts.

3.2.2.5. Nové manament: No et privaràs de l’amor

“Vente el viernes a casa, te lo presento y cenamos los cuatro, te garantizo que no te arrepentirás”. Així va començar tot. Entre els anys 2010 i 2012 vaig estar anant a consulta amb un psiquiatra i psicoanalista a Alacant. Durant els dos anys que vaig anar, aquest metge va intentar organitzar-me tres cites a cegues amb tres xics diferents. Recorde que un era també metge i l’altre militar, del tercer no recorde res. Segons el seu criteri mèdic, la meua agorafòbia, els meus malestars, venien determinats per la falta d’estabilitat en la meua vida afectivosexual.

Em vaig negar les tres voltes, sincerament em pareixia prou surreal, però la idea del fet que l’estabilitat emocional amb una parella afectiva milloraria el meu malestar va persistir. Encara hui, quan analitze com de bé em trobe ara, ho atribuïsc inconscientment a l’estabilitat i felicitat que em proporciona la meua parella actual.

3.2.2.5.1. Buscar, trobar i cuidar

Connell (1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018) examina l’estructura que correspon a l’organització dels sentiments, el desig i el cos a partir del concepte de *Cathexis*. Aquest concepte, per a l’autora, aborda tot allò que vivim en les nostres relacions afectivosexuals o emocionals a partir de la seua importància per a la configuració de l’ordre de gènere.

Per tal d'interrogar el discurs agorafòbic en els grups que analitzem a partir d'aquest concepte, parlarem ací principalment d'amor sexual³⁴ d'acord amb Esteban, Rosa Medina i Ana Távora (2005) i Maria del Mar Venegas (2011). Amor sexual com allò que també s'ha anomenat amor romàntic o passional, és a dir, una de les formes de l'amor que comporta la presència del desig sexual i que es percep singular i distintiva respecte d'altres formes amoroses bé siga per la intimitat que produeix, pel compromís al qual pot remetre o per les percepcions que genera (Esteban et al., 2005). Una forma d'amor que es concreta en el tipus de relació social que és la parella (Venegas, 2011).

Amb tot, també hi haurà lloc en aquest manament per a l'afectivitat en un sentit més ampli, doncs la mateixa Connell inclou en el concepte de *Cathexis* no sols les relacions afectivosexuals, sinó també les relacions emocionals involucrades, per exemple, en la criança de les filles i els fills. Així, l'afectivitat en un àmbit més ampli ens parlarà, juntament amb l'amor sexual, d'altre tipus de relacions afectives com les familiars o les d'amistat. La família ocupa un lloc rellevant en la nostra conceptualització, a més, perquè com afirmen Esteban et al. (2005), assolir l'amor sexual, de parella, com a pedestal de tota organització social suposa saber-lo arrelat en una ideologia i una estructura de la conviència que també afecta la manera d'entendre i institucionalitzar el matrimoni i la família.

Des de la nostra formulació, embeguda alhora dels plantejaments de Connell i Butler, l'amor sexual (i també l'afectivitat en un sentit més ampli) formaria part d'una de les principals subestructures del sistema de gènere relativa a l'organització dels sentiments, així com a l'organització dels desitjos, les sexualitats i els cossos. Una organització de sentiments, de desitjos, sexualitats i cossos que en l'àmbit meso de la institució mèdica/psiquiàtrica, a través del discurs agorafòbic que analitzem, se significa i actua d'una forma concreta implicant el sorgiment per part dels subjectes, com a processos microsociològics inspirats en processos meso i macro, de representacions, repeticions i posades en pràctica (també transformacions) del que és un cos amorós agorafòbic, com es mou, com fa i com sent.

³⁴ Parlar de l'amor sexual com a constructe social suposa entendre que les maneres considerades masculines i femenines de practicar-lo, les formes de disfrutar-lo o patir-lo, són socials i cobren sentit dins de contextos socials concrets on s'articulen al seu temps amb les biografies individuals i amb la construcció d'un món interior determinat (Coria, 2011).

Un element en aquesta anàlisi de la *Cathexis*, que hem treballat al capítol 1 amb els relats d'algunes de les nostres entrevistades com Carla i Gabriela, susceptible de ser examinat ara en els grups que observem és el que nosaltres hem anomenat ací "dependència" en un sentit ampli i que inclou, de manera entreteixida, la dependència física, emocional i/o afectivosexual. Les realitats que viuen moltes usuàries, i que apareixen amb freqüència als seus discursos, són realitats dependents i solitàries resultants de les seues dificultats d'eixir de casa i, per tant, de conèixer i relacionar-se amb amigues i amics, parelles afectivosexuals, etc. A partir d'ací, elles defineixen la seua vida relacional des del "dependo en todo momento de alguien siempre" (Helena, grup 1), el "llevo años dependiente" (Francisca, grup 2), i el "es un coñazo depender de los demas para todo" (Ari, grup 2), així com des del "yo pienso que soy una carga para las personas que están conmigo" (Maria, grup 1) o el "nos sentimos siempre la carga de todos" (Estefanía, grup 2).

Atenguem el següent fil discursiu sorgit al grup 1 i les pistes que ens dona per a destacar la dependència com a element constitutiu de les seues relacions afectives i/o sexuals.

- Eso nos pasa a muchos de nosotros. Somos normales mientras sintamos seguridad y compañía (Julia, grup 1).
- Es totalmente como dices ¿Eso se llama dependencia emocional? ¿O cómo lo llamaríamos? Es triste tener que estar así siempre (Alba, grup 1).

Mentre són joves i els seus pares estan, això és, compten amb la presència i disposició d'ells, aquesta dependència (que com veurem parla d'emocionalitat però també de condicions materials) es gestiona/soluciona amb els pares. Són els casos, per exemple, de les següents tres usuàries: "Yo estoy reintentándolo de nuevo porque cada vez que recaía volvía a casa de mis padres. Tengo 38 años, como no lo consiga ahora no sé qué será de mí (...)" (Guada, grup 2); "(...) llevo desde los 13 años con agorafobia. Actualmente tengo 30 y estoy en mi quinta recaída. En cada bajón no puedo trabajar, por lo que me tocó volver a casa de mis padres (...)" (Sílvia, grup 1) i ; "Yo tengo 30 y estoy así desde los 16, algunas veces pudiendo llevar una vida medio normal. He recaído y también he vuelto a casa de mi madre (...)" (Miriam, grup 2).

Com hem dit, moltes d'elles porten una vida solitària, destacant en els seus discursos la falta de relacions d'amistat com a conseqüència d'aquesta vida agorafòbica. Hi ha qui afirma

sobre aquesta qüestió: “no llamo a mis amigos porque sé que les aburre de cojones ir al bar de al lado de mi casa” (Mar, grup 1); i qui d’una manera semblant expressa: “en mi caso ya no hay amigos con los que pueda contar, les perdí” (Guada, grup 2). També hi ha qui obertament assevera: “yo no tengo amigos ni amigas, y a veces la gente me llega a molestar” (Marisa, grup 2). I qui nostàlgicament confirma: “quisiera yo tener una amiga que esté conmigo en estos momentos y me haga compañía, me dé ánimo y fuerza para seguir” (Tatiana, grup 3).

Si de joves o si es compta amb els pares la dependència s’intenta gestionar a partir d’ahí, en tant que van fent-se grans, a mesura que es veu que els pares no estaran per sempre, la dependència pren la forma de necessitat de buscar/trobar parella com a manera de substituir el suport emocional i físic que donaven els pares, això és, com a assegurança de futur. Així ho explica clarament Guada:

Yo hablo desde el dolor y la soledad. Estaba rodeada de amigos, amigas y familiares, y en poco me he quedado sola. No estoy desesperada por encontrar pareja, pero sí necesito compañía. Me hago mayor y mi familia a veces está y otras no, y la que se queda en casa sola soy yo (Guada, grup 2).

Aquesta mateixa usuària, en una altra entrada conta que la seua mare no està d’acord amb el fet que ella busque parella, i postil·la: “(...) graso error, ella duerme con mi padre y yo duermo sola” (Guada, grup 2).

En la mateixa línia, altres dues usuàries mostren la importància que atorguen a la figura de la parella en termes de cobriment de necessitats físiques i emocionals, beneint a aquelles companyes que sí que la tenen: “Tienes novio, un bastón, o sea un brazo al que agarrarte. Aprovéchalo” (Marisa, grup 2) i “(...) Tienes mucha suerte de tener un compañero a tu lado que te ayuda y te apoya (...)” (Laura, grup 2).

Segons Germán Pacheco (2005), en el seu article *El concepto de salud mental*, entre les característiques que defineixen les persones mentalment sanes, està el fet de ser capaces d’estimar i tenir en consideració els interessos dels altres, d’establir relacions personals satisfactòries i duraderes, així com de confiar en els altres i estar oberts experiencialment al fet que els altres confien en ells. Veiem com dins d’aquesta definició de salut mental apareix

l'acció d'estimar, per tant, la noció d'amor com a sentiment d'afecte o atracció. Aquesta definició mèdica ens aboca, veient ja les dinàmiques repetides als anteriors manaments, a no estranyar-nos del fet que des dels discursos personals es reproduïska la concepció de l'amor com a mecanisme positiu en les seues lluites i comeses amb l'agorafòbia. Vegem com apareix aquest discurs en dos fils diferents dels grups 1³⁵ i 3.

- Os quería comentar algo. Soy Miry de Madrid, 27 añitos, y la verdad que estoy sorprendida. Llevo con esto como 6 años. He tenido rachas que era incapaz de salir a la calle, no podía salir de casa etc... Ahora me encuentro mucho mejor, "hago casi vida normal". Hace dos años conocí al amor de mi vida y estoy súper enamorada. Trabajo en una oficina de publicidad donde madrugo muchísimo y a parte me he buscado un trabajillo extra por las tardes: estoy cuidando unos niños de 5 y 6 años. Ello conlleva tener que ir a buscarlos al cole con toda la acumulación de gente que hay. Jamás pensé que iba a poder hacer cosas de las que estoy haciendo. Hoy por ejemplo hemos ido a dar un paseo los 3 y, bueno, me entra la inestabilidad pero poco a poco lo voy haciendo. Mi peor síntoma es la inestabilidad. Gracias por escucharme un beso a todos y todas (Miry, grup 1).

- ¿Sabes que el amor es súper importante para esto? Enhorabuena (Graciella, grup 1).

- Bueno, gracias a Dios hice el viaje y qué contenta que estoy. Todo fue de maravilla. Hoy hemos estado recorriendo el centro de la ciudad (...) (Irma, grup 3).

- Enhorabuena. El amor puede con todo. A disfrutar (Vitorina, grup 3).

- Sí, como se dice, el amor mueve montañas (Bego, grup 3).

Apuntar, sobre el relat de Miry, que si fins ara la definició de normalitat ens parlava de treball, de consum o de maternitat, ara completem aquesta definició evidenciant que "fer una vida normal, o quasi normal" implica en els discursos dels grups accions com treballar, comprar, ser mare, però també enamorar-se.

Ens és necessari ací fer un incís i assenyalar que de les més d'aproximadament 200 "dones" que comenten als grups de manera usual, únicament una, i només una, anomena i especifica la seua parella amorosa i sexual com a femenina, únicament una parla des d'un posicionament homosexual ("Ahora hará 3 meses que conocí a una chica, sí, soy homo" (Nina, grup 2)). La resta de les "dones" parlen de marits i nuvis, parlen de les seues parelles

³⁵ El primer relat del grup 1 l'hem utilitzat també en el manament cinqué sobre la producció.

com a masculines i parlen des de l'heterosexualitat. Açò ens porta a corroborar des de la nostra anàlisi la tesi de Connell per la qual el desig sexual, un desig entés en sentit freudià com a energia emocional que se li atribueix a un objecte, compta amb un caràcter de gènere clar i en Occident estaria regulat pels principis socioculturals de l'heterosexualitat i la monogàmia que secundarien la posició de dominació social dels "homes" (Connell i Pearse, 2018). A més, identificant-se i posicionant-se les usuàries contínuament en l'extrem femení i les seues parelles (o possibles parelles) en el masculí, aquest descobriment justificaria, encara més si cap per a nosaltres, l'anàlisi de l'amor sexual en el discurs agorafòbic com a subestructura d'un règim de gènere meso, que com l'ordre de gènere macro, esdevé conformat per les relacions que es produeixen entre les feminitats i les masculinitats.

Per últim, volem ratificar la importància de la teoria del cos en aquesta anàlisi de l'amor sexual i l'afectivitat. I és que la dependència esmentada de les usuàries és també i sobretot una dependència corporal. Dit d'altra manera, el cos agorafòbic centralitza i aglutina la dependència de què parlem conformant cossos solitaris, cossos acompanyats, cossos familiars, cossos amorosos o amb ganes de ser-ho.

3.2.2.5.1.1. Buscar... en l'espai públic

Esdevé curiós en el nostre procés d'anàlisi, i sobrevenint en el nostre treball com estem veient l'element espacial gens fútil, la quantitat de referències que fan les usuàries a determinats espais i activitats d'oci actual. Arribades a aquest punt, interpretem aquestes referències, i la seua construcció des de l'interés, des de l'anhel, des del desig, dins de la conceptualització d'aquests espais com a espais normatius per a les feminitats actuals. Però és més, atenent l'afirmació del sociòleg Rafael Blanco, segons el qual determinats espais o activitats com les festes esdevenen hui en dia escenaris sexuals en els quals tenen lloc esdeveniments o escenes en què es regulen les demostracions d'afecte o les expectatives de conèixer, estar o eixir amb algú com a formes de sociabilitat afectiva i sexual (Blanco, 2014), aquests espais es conformarien en aquest treball com a espais normatius per al desenvolupament de les relacions afectivosexuals. Uns espais que, per la dificultat que suposen per a les agorafòbiques, se signifiquen en el discurs agorafòbic com a espais que "han d'ocupar" si volen realitzar-se en esferes vitals com l'afectivosexual, espais als quals "han d'eixir" si no volen quedar-se a soles, sense parella. Com explica Guada en dos reports

diferents: “Estoy leyendo en estos grupos chic@s que no encuentran pareja porque no salen. Yo estoy igual (...)” (Guada, grup 2), i:

Tenemos que encontrar algo, merecemos vivir y ser felices. No es mi caso, pero muchos tenéis hijos pequeños que dependen de vosotros. No es mi caso porque no tuve la oportunidad de mantener a mi pareja por mi enfermedad, y no sé si lo lograré porque sin salir no conozco a gente (Guada, grup 2).

La idea apareix clara: si no ixes, no trobes parella. Aquest discurs concorda amb el que s'assegura en un article de la revista *Mejorconsalud*³⁶ sobre com funcionen hui en dia les relacions afectivosexuals:

No te quedas en casa. A diferencia de lo que sucede en las películas o en las series de televisión, el amor no golpeará a tu puerta si no haces nada por encontrarlo. Puede que tampoco se dé como un “flechazo a primera vista”. Sobre todo si te quedas encerrado en casa sin hacer nada (Papa Pintor, 2019).

En el mateix extrem del discurs, en el mediàtic/social, la revista *Enfemenino* afirma: “Según los expertos, la mejor forma de conocer a tu pareja (33,3%) es el círculo de amigos y conocidos, seguida de cerca por salir por la noche (22,5%). En el tercer y cuarto lugar están los eventos públicos y fiestas y, algo difícil de creer, el lugar de trabajo” (Domínguez, 2018). Mentre, la revista *Cosmopolitan* especifica activitats com els concerts i espais com els bars o restaurants com a camps indicats on conèixer xics (“10 lugares para conocer chicos”, 2018).

En uns moments d'institucionalització de l'alliberament sexual, de definició de com són i com han de ser les “dones” de hui en dia a partir d'aquest, entenem que l'alliberament també comporta connotacions espacials. Com explicava l'article de *Mejorconsalud*, no trobaràs l'amor (ni el sexe) asseguda en el sofà de casa, l'alliberament necessita que isques, que et

³⁶ No és casual que la revista s'anomeni *Mejorconsalud*. El concepte “salud” es torna especialment legítim per a tractar qüestions com les afectivosexuals hui en dia, en tant que si una agència capitaneja la institucionalització actual de l'alliberament sexual femení, eixa és la medicina, i ho fa principalment a partir de la divulgació i generalització de la sexologia mèdica, una especialitat biomèdica, que conjumina la disciplina mèdica amb la psicològica, que estableix la sexualitat com un dels principals marcadors del nostre estat de salut i treballa per l'aconsegüiment dels individus d'una vida afectivosexual plena i satisfactòria.

relaciones, es nodreix d'espais físics com les discoteques o els bars, d'activitats com els concerts i de temps com la nit; nit associada a consums culturals, a l'oci i a l'erotisme, nit convertida en *locus* de definició pràctica i de realització subjectiva del "ser" jove (Blázquez, 2012). Un cos alliberat, per tant, és un cos que es mou de nit, possiblement amb una copa a la mà, que balla, que es relaciona, que folla i, fins i tot, s'enamora, un cos que no sols transmet missatges de la societat en què vivim, sinó que es converteix ell mateix en el contingut dels missatges reflectint fins a quin punt s'han assimilat les normes reconegudes socialment (Cortés, 2007).

Amb aquest context femení que hem dibuixat, no podem entendre com quelcom casual, com déiem, ni el protagonisme que determinats espais tenen en els discursos d'unes usuàries amb dificultat per a ocupar-los, per a vivenciar-los, ni com articulen la seua presència en aquests al voltant, novament, dels eixos *aconseguint vs fracàs*. Com apunta Linda McDowell (2000), els espais sorgeixen de les relacions de poder, aquestes estableixen les normes, i les normes defineixen uns límits que són tant socials com espacials, ja que determinen qui pertany a un lloc i qui queda exclòs.

Així, trobem activitats espacials com els concerts, la presència en els quals s'articula en els discursos com a èxit...

De esto se sale. Así que ánimo y a comernos el mundo. Os lo digo yo que con 16 años tuve una agorafobia severa donde no entraba en los centros comerciales, ni avenidas grandes, ni eventos, ni cine.... ahora voy a todas las multitudes, centros comerciales, conciertos... (...) (Ali, grup 1).

(...) No podía ir un sábado al centro comercial y en el cine me ponía histérica, ahí fue cuando me di cuenta que cada vez iba a más y decidí ir al psiquiatra y al psicólogo. ¡En un año estaba viendo a Metallica con 40,000 personas más! Le llevé la foto a mi psicóloga (Ruth, grup 2).

I l'absència com a fracàs: "Me perdí de muchos conciertos por culpa de la ansiedad" (Carolina, grup 1).

El mateix passa amb activitats com els sopars i les festes, i amb temporalitats com la nit. S'articulen en els relats com un objectiu a complir...

Estuvimos hablando hace poco de que a las dos nos ocurre lo mismo con las noches. Mira... yo hoy también tengo una fiesta... un cumpleaños y es de tarde noche. ¿Sabes que? Que me he comprometido y voy a ir (...) Lo vamos a pasar bien. Merece la pena. Hay que vivir. Se te pasará, se irá y disfrutarás. Vendrás supercontenta de haberlo logrado. Te mereces vivir. Nos merecemos vivir (Marga, grup 2).

O com un aconseguint quan s'ha complit: “Me parece que lo comenté en este grupo, tuve mi cena de quintos anoche, pude ir y no necesité que me recogiera mi padre (...) en fin, muy bien en la cena, ¡prueba superada chicos!” (Guada, grup 2) i “¡Enhorabuena! Otro día hasta la 01.00 am. ¡Valiente! (Irene, grup 1)”.

Interpretem, doncs, determinats espais, públics tots, i temporalitats com la nit com a *locus* per excel·lència i hegemònic on desenvolupar, representar i practicar la normativitat femenina alliberada de hui en dia. Igual que la feminitat normativa transmet uns models de producció/reproducció, també transmet uns models, com continuarem veient en aquest manament, sobre com ens hem de comportar i actuar emocionalment. Ens quedem de moment amb la importància en aquestes actuacions de relacionar-nos, eixir de festa, especialment significatiu (i necessitat de reafirmació) per a “dones” les quotidianitats de les quals solen moure's en espais antagònics al públic, a la discoteca, al bar i a la sala de concerts, com és la privacitat de la casa.

Front a l'hegemonia de l'espai públic com a *locus* on practicar la feminitat alliberada relacional, eixa que coneix masculinitats, que folla i s'enamora, una de les usuàries utilitza la seua dificultat espacial en l'empresa de trobar parella per a substituir el carrer com a possible lloc on conèixer gent i trobar parella, per l'espai virtual, eixe en què no li és necessari moure's de casa, eixe que pot transitar des de la seua butaca. Així ho explica ella: “Yo estoy en un grupo para chatear con chicos y me divierto al menos. Sé que podría tener a los que quisiera y me da ánimo y fuerza para seguir luchando” (Guada, grup 2).

En uns temps com els actuals, no podem concebre els espais virtuals com a espais d'absoluta no-normativitat quant al desenvolupament de les dinàmiques afectivosexuals, més

aviat al contrari, cada vegada aquests, les xarxes socials, les aplicacions per a flirtejar, etc., esdevenen més normatius. El que sí que podem entendre és que per a unes “dones” impulsades contínuament des del discurs mèdic a eixir al carrer no només per a treballar o comprar, sinó també per a conèixer gent i trobar parella; funcionar, existir, desenvolupar-se o divertir-se en espais no-públics esdevé una presa d’agència i una sacsejada a un discurs hegemònic eminentment públic, on sembla no haver-hi alternatives d’existència, de funcionament i de diversió a l’espai públic.

3.2.2.5.1.2. Cuidar... també en l’espai públic

Com hem explicat al marc teòric, el model de “dona” alliberada hegemònic en la nostra societat ara no es troba sol ni és l’únic vigent. Aquest conviu amb un model de feminitat romàntica/cuidadora. Un model que, com a continuació del model tradicional domèstic/cuidador, torna modernitzat, adaptat a una actualitat femenina legítimament més pública i autònoma en forma de la “mare” que no renuncia al seu dret a la maternitat i és capaç de compatibilitzar la cura i criança de filles i fills amb una vida personal, laboral i social plena, però també en forma de l’esposa o núvia que s’ocupa d’avivar contínuament “l’espurna” de la parella, que treballa per aconseguir l’harmonia i la felicitat familiar.

Aconseguir aquesta harmonia, avivar “l’espurna” de la parella, són coses que haurien de preocupar hui en dia a qualsevol “dona” segons el discurs normatiu, més encara a aquelles per a les quals l’amor i la parella s’articula com una necessitat, com és el cas de les agorafòbiques. Així ho explica aquesta usuària:

Yo tengo 37 años con desorden de pánico y agorafobia (...) Te deseo que no pierdas esa ilusión de tu trabajo, de sentirte orgullosa de trabajar y sentirte productiva y también que la relacion con tu novio siempre tenga chispas porque si cae en rutina hay peligro (Rosario, grup 2).

La presència i articulació d’aquest discurs en els relats afectivosexuals de les agorafòbiques dels nostres grups ens porta a la idea treballada per Illouz (2007) sobre la coexistència actual de dos models en les relacions amoroses: l’amor com a plaer i l’amor com a treball. Mentre el primer d’aquests models concep l’amor com una força irracional i incontrolable que t’envaeix, el segon entén les relacions com quelcom que s’ha de treballar, cuidar, que

necessita esforç i dedicació per a seguir funcionant perquè, com explicava Rosario abans, si la relació amb la parella cau en la rutina, hi ha perill. Segons l'autora, aquests dos models coexistirien en l'actualitat esdevenint la racionalitat i la irracionalitat dos propietats coesteses del llaç romàntic. Però, practiquem aquest romanticisme igual les persones identificades com a “dones” i les persones identificades com a “homes”? Aquest interrogant ens porta a lligar la tesi d'Illouz amb el treball de Jonásdóttir (1993), la idea principal del qual es resumiria en el fet que les “dones” són les ames de la capacitat d'estimar. Per a aquesta autora, les activitats al voltant de les quals gira la lluita sexual no serien el treball ni els productes del treball, sinó l'amor humà (cures i èxtasi) i els productes d'aquestes activitats. A més, segons Jonásdóttir, les “dones” necessiten estimar i ser estimades per a habilitar-se socioexistencialment (Jonásdóttir, 1993), per a ser subjectes, quelcom que ens porta a qüestionar-nos i analitzar, des de la idea de performativitat, què han de fer les agorafòbiques en el terreny afectivosexual, quines actuacions han de repetir, per tal d'habilitar-se com a subjectes “dones” i com a subjectes “normals”, això és, com a subjectes “dones” normatius.

Tot i moure'ns, nosaltres, en una postura estructural més integral, més multidimensional que la de Jonásdóttir, ens sembla interessant en aquest moment considerar el treball d'aquesta autora sobre la construcció social de les feminitats com a les encarregades i “naturalment” disposades a l'estima en les relacions afectivosexuals, i lligar-ho amb el mode en què la representació d'aquesta construcció ens habilita com a subjectes. I per això, i per a açò, recuperem ací un dels consells que exposàvem al marc teòric publicat per la revista femenina *Cosmopolitan* destinat a orientar les feminitats a cuidar la parella contra els perills de la rutina: “atiéndele y diviértele (...) concédele un deseo (...) salid a pasear (...) escríbele por sorpresa (...) salid a cenar” (“30 ideas contra la rutina en pareja”, 2016).

El doblet d'eixir: “salid a pasear” i “salid a cenar” és ja de per si representatiu de l'espai normatiu en què es concep cuidar de la parella. D'altra banda, tornant a Illouz, en el romanç, encara que es tracta d'un tipus de conducta extrareligiosa, l'experiència assoleix el seu punt màxim quan se la infon d'un sentit ritual. És més, les interaccions adquireixen caràcter “romàntic” quan es fixen quatre tipus de límits simbòlics, sent un d'ells l'espacial³⁷ (Illouz, 2007). Des d'ahí, des d'aquestes dos idees, interpretem el següent fil discursiu del grup 1.

³⁷ Els altres límits són els temporals, els emocionals i els instrumentals o *artefactuals* (Illouz, 2007).

- ¿Alguna vez habéis dejado a la familia, pareja, sin vacaciones por esto? (Daniela, grup 1).
- Sí, varias, y otras veces he ido y les he dado las vacaciones (Maria, grup 1).
- (...) Voy a tratar de no ser una carga. Me quedaré sola en casa y los demás que disfruten de las vacaciones (...) (Alex, grup 1).
- Lo hice por muchos años (Gloria, grup 1).
- Yo llevo con este 10 años que no voy de vacaciones (Toñi, grup 1).

També des d'ahí desxifrem el següent report del grup 2, a propòsit d'un fil discursiu que ja hem esmentat en altres manaments, i que comença amb la pregunta d'una companya sobre què farien si no tingueren por: "Escaparme con mi esposo solitos una vez a la semana por ahí (...) hacer todos juntos las compras, y salir de viaje en familia.... debo decir que la agorafobia nos ha afectado enormemente" (Zaf, grup 2).

Quan aquesta última usuària admet en una narració en què parla de la seua parella i la seua família: "la agorafobia nos ha afectado enormemente", està evocant, entre altres coses, les dificultats de les agorafòbiques en la gestió de les relacions afectives i familiars.

D'aquesta manera, si l'espai públic esdevenia important per a trobar una parella, no ho és menys per a mantindre-la i cuidar-la. I és que la parella es pot cuidar en el dia a dia, en casa, però per a una agorafòbica que no pot o a la qual li costa eixir de casa, possiblement espais com els viatges o els teatres ostenten una càrrega especial de romanticisme, de possibilitats d'estar amb la parella, de cuidar, d'estimar, de reavivar "l'espurna": "Mañana es mi gran día. El día que daré el paso para ir a Alemania con mi pareja" (Emi, grup 3);

Hola amig@s. No suelo escribir mucho pero hoy me veo en la obligación de hacerlo. Me siento muy feliz, he ido a un teatro con mi marido a ver un concierto después de 17 años, con un aforo completo (700 personas). Nunca imaginé que lo haría y además lo he disfrutado. Mucho ánimo (Sensi, grup 2).

Però, com introduïem al principi i d'acord amb Esteban (2011), el romanticisme, el pensament amorós, no afecta sols la parella, sinó que es trasllada també a la família. Segons aquesta autora, al segle XX a Europa es produeix l'eclosió d'uns discursos científics, mediàtics i polítics que emfatitzen el poder de l'amor com a part intrínseca de les ideologies familiars i domèstiques, una eclosió que arriba quasi intacta als nostres dies. Així, en uns moments on

apareixen teories socials sobre les relacions afectives, com la de Zygmunt Bauman (2005), que apunten a una pèrdua de valor en les relacions amoroses³⁸, en uns moments en què institucions socials tan arrelades com el matrimoni i la família estan transformant-se i canviant, potser es necessita reafirmar la importància de les “dones”, més encara d’aquelles díscles com les agorafòbiques que no acaten necessàriament els manaments socials, per al manteniment de l’ordre social, i això és el que explicaria la presència i la forma que pren la *Cathexis*, tal com estem analitzant, en el discurs agorafòbic meso. Una forma que porta implícit el fet de cuidar, i un cuidar que, com hem vist, passa per l’espai públic, per reproduir activitats de cura com les abans esmentades per a la parella, també per al conjunt de la família. Així ho fan, ho valoren i ho celebren usuàries com la següent:

Hola. Os cuento que el jueves me dio un bajonazo en Castellón y lo pasé bastante mal. Pero dije: bueno hoy es hoy y mañana será otro día. Así que he seguido mi semana de casa a llevar a los niños al cole y a las 5 a recogerlos siempre acompañada. Hasta hoy que me he levantado, me he pegado una buena ducha y le he dicho a mi pareja: vámonos a dar un paseo por la playa o a salir que nos de el aire. Está el circo Raluy y me hacía ilusión verlo, y ver la actuación de Nitzela ya que me parece una pasada, pero pensaba: ¿y si me encuentro mal? Total que nos hemos acercado y viendo las caravanas que son una auténtica pasada. Y digo: ¿y por qué no? Vamos, que 2 horas de actuación, nos han sentado a la otra punta de la salida y pensé: bueno, relax, estás con tu pareja y tus dos hijos, disfruta. Y así ha sido, se me ha pasado volando el tiempo, lo hemos pasado genial (...) (Mariluz, grup 1).

En definitiva, podem dibuixar la convivència actual de dos models hegemònics i normatius de feminitat. Dos models que en el terreny micro les agorafòbiques hem de reproduir per a esdevenir “dones” normals i que corroboren una forma especial, i espacial, per a nosaltres: el model de “dona” alliberada pública i el model romàntic/cuidador adaptat als nous temps i als nous espais. Una convivència entre dos models que aterrats al nivell de la *Cathexis* ens demanden ser “dones” alliberades, preocupades i ocupades d’eixir, de relacionar-nos per a

³⁸ Un dels conceptes que més populars han fet a aquest sociòleg en la seua anàlisi sobre les relacions amoroses i sexuals en la modernitat, és el “d’amor líquid”. Bauman parla de “l’amor líquid” com una de les característiques de les societats actuals. Aquest “amor líquid” implica que les relacions amoroses han perdut una part important del compromís que les caracteritzava en èpoques anteriors convertint-se en relacions d’un sol ús, relacions en les quals sobreeix la satisfacció individual. Des dels estudis de gènere s’ha criticat el concepte “d’amor líquid” de Bauman per considerar-lo essencialista i argumentant que, en certa mesura els “homes” sempre han “estimat líquid” mentre que les “dones” érem les que “estimàvem sòlid”, i que la consideració de Bauman requereix una anàlisi del perquè d’aquesta nova forma “d’estimar líquid” ara també les “dones” (Matamoros, 2011)

buscar parella per a quan la trobem, preocupar-nos i ocupar-nos de cuidar-la i mantindre-la, així com a la família que formarem amb eixa parella. Tota una gestió, en general, que passa per la rearticulació de la ja nostra històrica i construïda capacitat, necessitat i voluntat de ser estimades i d'estimar.

3.2.2.5.2. Més val mal acompanyada que sola

Anem un pas més enllà en la nostra reflexió. Què implica un discurs en què ens reafirmem, les agorafòbiques, en la necessitat d'amor i de parella per damunt de tot? Cap a quin tipus de relacions afectivosexuals ens pot abocar aquesta "obligació", aquest reconeixement que no podem estar a soles?

Ens ho deien ja Carla i Gabriela al capítol 1 de la nostra anàlisi i ens ho corrobora ara Verónica resumint la seua realitat afectivosexual així: "Totalmente de acuerdo, yo en mi caso por desgracia tengo una persona al lado, mi pareja, que me trata fatal, broncas por cualquier cosa que hago, pero al no poder estar sola por la agorafobia aguanto y a veces no sé qué es peor (Verónica, grup 1)". Verónica ho explica amb molta claredat: no poder estar sola l'obliga a estar amb una parella tot i que se sent mal tractada per aquesta. Apareix, llavors, "l'obligació" de la qual ja ens parlaven Carla i Gabriela.

Sense poder entrar en profunditat en un tema de violències masclistes, perquè no tenim evidències als discursos, però sense voler menysprear el "me trata fatal" de la narrativa de Verónica, ens cal no obviar les observacions de la OMS segons les quals les violències masclistes cap a les "dones" amb trastorns de salut mental esdevenen molt majors que les exercides cap a les "dones" que no els pateixen. Les dades són les següents: 3 de cada 4 "dones" amb trastorn mental greu han patit en algun moment violència en l'àmbit familiar o per part de la seua parella, al voltant del 80% de les "dones" amb problemes de salut que han estat en parella, han patit violència en algú moment de la seua vida adulta, i el 42% de les "dones" amb trastorn mental greu que estan vivint violència per part de les seues parelles no la identifiquen com a tal (FEAFES, 2017).

Des del discurs general dels estudis psicosocials que aborden aquesta temàtica, les violències masclistes o les relacions tòxiques que viuen les "dones" amb transtorns mentals s'expliquen majoritàriament per la vulnerabilitat psíquica d'aquestes (Almendros Simón,

Munilla Rebollo i Bernabeu Domínguez, 2015). Nosaltres volem posar l'accent però, tal com estem fent, no en l'estructura psíquica d'aquestes "dones" sinó en l'àmbit meso i macro de l'estructura social de gènere en què estan immerses i a partir de la qual viuen les seues relacions afectives i sexuals. Així, les agorafòbiques maltractades o mal tractades (com Verónica) ho són perquè esdevenen vulnerables, perquè esdevenen manipulables, o també perquè se les aboca, des d'un discurs mèdic-social que els diu que no poden estar soles i conceptualitza l'amor com a revulsiu per a la seua millora, a aguantar fins i tot determinades vivències amb el pretext d'estar sempre acompanyades?

El mecanisme d'aguant per a les agorafòbiques dels grups el trobem, com apuntàvem a l'inici d'aquest manament, en la dependència tal com explica la següent usuària quan exposa la seua situació familiar: "Creo que inconscientemente pensamos que es el precio a pagar para que estén a nuestro lado" (Rosa, grup 1).

Vegem altres discursos que funcionen en la mateixa línia.

A mí me pasa por desgracia, y sinceramente me encuentro con mi pareja y con ganas de salir de su vida, aunque luego vienen los remordimientos y pienso que tal vez es algo con lo que sigue jugando conmigo y no puedo estar sola. No se, si te sirve de consuelo no estás sola, aquí estoy para hablar (Coral, grup 1).

Ojalá estuvieras más cerca de mí y te pudiera conocer en persona. Yo tengo dos hijos de 23 y otra de 16 y gracias a ellos sigo adelante, y a mi madre tengo que agradecer todo lo que hace por mí. Pero también tengo a una persona que no lo entiende y no me apoya y sólo hace que me desespere y me entre el miedo que de sobra tengo y ese es mi marido. Y la que tiene que buscar una solución urgente soy yo... con mi vida personal (Maria, grup 1).

Que l'agorafòbia esdevé el mòbil o fonament que porta a determinades "dones" dels grups que analitzem a suportar relacions, si no violentes, sí tòxiques o almenys amb les quals no estan satisfetes, no és un invent nostre. Atenguem el que ens diuen sobre aquesta qüestió els següents dos fils discursius del grup 2. En el primer, ja recurrent i utilitzat en altres manaments i en aquest mateix abans, que s'inicia amb la pregunta d'una companya respecte a què farien si no tingueren por, Lucía respon sense aparent vacil·lació: "Divorciarme" (Lucía, grup 2). En el segon, una usuària relata que està vivint una situació insostenible amb el seu

marit, al que la seua companya apunta: “Lamento mucho que te veas atrapada en esta situación. A lo mejor a medio plazo, si consigues ganar independencia, te gustaría replantearte tus relaciones personales...” (Anabel, grup 2).

Acollim la determinació de Connell (1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018) sobre el fet que l'estudi de les dinàmiques relacionals afectivosexuals pot contribuir a visibilitzar i desentranyar alguns dels mecanismes causants de la subordinació i desigualtat social de les feminitats. En el nostre cas, preguntar-li al discurs agorafòbic sobre la *Cathexis* ens desvetlla unes relacions afectivosexuals (masculinitat vs feminitat) susceptibles d'esdevenir, per a un col·lectiu interpretat des de la feminitat com el de les “agora-dones”, molt desiguals, unes relacions la raó de ser de les quals és la concepció i conceptualització de les agorafòbiques com a necessàriament (o en un sentit biomèdic potser essencialment) dependents físiques i emocionals.

Sobre aquesta qüestió, respecte al lloc que ocupa la dependència en la significació d'aquestes “dones” i de les seues relacions, així com les possibilitats que tenim de superar-la, ens fem també ressò de l'argument de Pérez Orozco (2014) sobre la importància del reconeixement de la interdependència. A partir d'ací, sostenim: no hem nascut agorafòbiques, això és, no estem *a priori*, al marge dels discursos socials, en una posició necessària de major dependència emocional que la resta. D'igual manera: tampoc hem nascut “dones”, és a dir, tampoc estem *a priori*, al marge dels discursos socials, en una posició de necessitat d'estimar per a autorealitzar-nos socioexistencialment. On hem nascut és al si d'una estructura social, d'uns discursos socials que ens construeixen com a “agora-dones”, i per a deconstruir-los, a més d'evidenciar-los, una bona estratègia és el reconeixement de la interdependència com un mecanisme en comú, necessari i necessitat per totes i tots per a una vida digna de ser viscuda.

Com es pot observar existeix una absència explícita als discursos dels tres grups respecte al sexe. Interpretem que aquest fet es pot deure, per una banda, a l'espai en si. Les comunitats virtuals són espais on interactua molta gent i potser no assoleix la privacitat que moltes persones necessiten a l'hora de parlar de sexe. Per altra banda, també interpretem l'existència d'un discurs grupal al voltant de les relacions afectivo-sexuals centrat en la part normativa del “trobaràs i cuidaràs a la parella” que es menja la resta de discursos perifèrics.

3.2.2.5.2.1. Resistències, o preferir el malestar al marit

Com sosté Esteban (2011), apropar-nos a l'amor com a objecte d'estudi ens dona l'oportunitat d'aprofundir en el trànsit d'idees entre llecs i experts, així com de superar aquesta dicotomia i la concepció tradicional del fet que estem subjectes, que esdevenim dòcils, al trànsit unidireccional de la comunitat experta. Reconéixer els mecanismes de dominació és, per tant, acceptar les respostes i resistències a aquesta dominació. Unes resistències afectives i sexuals que com a agencials són, sobretot, corporals (Grosz, 1995; Lagarde, 1997; Venegas, 2009).

A partir d'ací, des d'aquest prisma, els discursos dels grups adquireixen un altre caire. Front al que hem vist abans, hi ha usuàries que es rebel·len a les relacions afectivosexuals depenents, perjudicials o insatisfactòries, malgrat el seu malestar i diagnòstic.

Si tu esposo y familia no te entienden, perdona que te diga pero poco les importas. Tú ya tienes bastante con sufrir esta enfermedad, ¿o tú haces eso por que estás aburrida? Que va chica, esta es una enfermedad donde te sientes con las alas cortadas y el que no lo entienda pues que se largue y no te amargue más (...) mira por ti misma, un beso muy grande amiga (Triana, grup 2).

Hay que aprender el desapego, a estar solo también. Yo vivo sola hace ya varios años. Se me murieron dos maridos y siempre pensé, ¿por qué siempre me pasa? y a la conclusión que llegue es que hay que aprender a desapegarse, no a apegarse. Tú puedes amar mucho a una persona, pero desde el desapego, quiere decir, que estás feliz con ella, pero si te falta, también serás feliz, pues tu felicidad está en ti, no en otra persona (Mari, grup 1).

Fins i tot hi ha usuàries que resisteixen el malestar i el diagnòstic en aquesta rebel·lió. Vegem amb deteniment el següent fil discursiu del grup 1 encetat per Eva un matí després de barallar-se amb el seu marit i decidir anar-se'n de casa.

- Hola a todos, he tenido una fuerte discusión con mi marido, cogí a la niña y salí de casa. Estoy sentada en un banco a cuatro calles de mi casa con unos síntomas muy feos, mareada, con dolor en el pecho, etc. Me siento verdaderamente mal, pero igual lo prefiero a estar en casa con él. Os necesito, al menos para pasar este mal rato (Eva, grup 1).

- Prefiero los síntomas a mi marido. Está muy mal del coco, no se por qué está así (Eva, grup 1).
- En medio de la discusión me gritó que no es mi chofer, que no salgo sola porque no quiero, que soy una hija de puta (Eva, grup 1).
- Uy Eva, yo hice eso mismo hace un tiempo, y es lo mejor que pudiste hacer, salir y dejar a ese hombre que grite solo (...) habla contigo por dentro y repite que salir fue lo mejor q hiciste (Josefa, grup 1).
- Sí eso hice, se quedó hablando solo, yo preferí los síntomas de la agorafobia a sus palabras incoherentes (Eva, grup 1).

El cos d'Eva quan es baralla amb el seu marit és un cos agencial, un cos que resisteix el manament social: un cos que se'n va de casa, un cos que s'allunya del seu marit, un cos que està al carrer, que se senta en un banc "sola", que parla pel mòbil amb les companyes de grup.

3.2.2.5.2.2. Contraresistències, o reconducció

Ja hem esmentat abans el paper dels grups com a catalitzadors socials dels discursos resistents, dissidents o perillous. Ací és on sorgeix el que anomenem contraresistències. Tornem al cas d'Eva. Quan aquesta usuària es baralla amb el seu marit i se'n va de casa, existeixen possibilitats que no torne, que envie a fer la mà el seu marit, que es quede "sola" amb la filla, que destrüisca la seua unió familiar... Doncs bé, el grup, ací, davant la possible dissidència de Eva, juga el paper de restituïdor de la normalitat/normativitat afectiva i familiar amb reports com els següents:

- Intenta relajarte. A veces cuando nos enfadamos decimos cosas que no sentimos en realidad. Si tienes alguna amiga o familiar cerca ve con ellos, no cuentes todo. Él te buscará porque seguro se arrepiente de sus palabras (Pilar, grup 1).
- El insulto no está bien ni justificado en el caso nuestro que necesitamos comprensión, pero lo pasado pasado está cielo, te fuiste con la niña y fue lo mejor, le hará recapacitar y no volver a hacerlo (Mari, grup 1).

Aquests discursos actuen com a contraresistència en tant que efectuats en un espai privilegiat de significació compartida de les vivències agorafòbiques, compten amb la suficient força com per a des de l'experiència mútua i la identificació, i no des de la distància,

subestimar i reconduir les possibles bretxes divergents que allunyen a Eva de la normalitat afectivosexual, això és, la parella. En cap d'aquests dos comentaris hi ha una reprovació de l'actitud del marit més enllà d'un "el insulto no está bien justificado en el caso nuestro", sinó una justificació en forma de "cuando nos enfadamos decimos cosas que no sentimos", "seguro que se arrepiente" o "no volverá a hacerlo", i un sospitós "no cuentes nada" que ens porta a la latent necessitat d'aquestes "dones" de mantenir l'ordre afectiu per damunt de tot, fins i tot de posicions que se saben ja negatives o nocives.

Atenguem ara el cas semblant d'una altra usuària també del grup 1. Lorena no està aparentment en un punt tan extrem com Eva. Està disgustada pel comportament del seu marit, com relata al següent report:

(...) hoy mi marido un suspenso. Le he dicho 20 veces que no me encontraba bien y ni mu. En el coche se lo he dicho, que al menos me podría dar ánimo y me dice que no pensaba que estaba tan mal y que ya sé que no se va a compadecer de mí. No quiero que nadie se compadezca de mí. En ese momento sólo necesitaba un: "Venga Lorena, ya sabes que no pasa nada". He pasado de estar con ansiedad a estar con mala hostia. Cosa que prefiero (Lorena, grup 1).

Tot i no estar aparentment en un punt tan extrem, tan perillós per a l'ordre familiar com Eva, el disgust d'aquesta usuària amb el seu marit, el seu enuig, i les possibilitats que podrien comportar aquests, activen novament la funció contraresistent del grup com a agent social.

- Ánimo Lorena ya pasó, ahora ni lo pienses. Estos maridos a veces no saben reaccionar pero no te enfades con él (Fátima, grup 1).

- El mio es igual, yo cuando digo vámonos que me agobio ya sabe que hay que correr, pero mientras si te ven bien ellos no se dan cuenta (Fátima, grup 1).

Al respecte del fil discursiu protagonitzat per Lorena, i al marge de les contraresistències de què parlem, resulta suggeridor i esclaridor comprovar de nou el funcionament del diagnòstic "agora-dona" en la significació tant de les experiències com de les identitats en els grups. En un moment en què moltes usuàries estan queixant-se dels seus marits a propòsit del disgust de Lorena, un usuari identificat com a "home" afirma: "Oye un respeto, que no todos los hombres somos así... algunos somos aun peores, jeje". Comentari al qual Lorena respon: "Pero tú estás en nuestro bando Fernando. Tú nos entiendes" (Lorena, grup 1).

Aquest diàleg aparentment inofensiu amaga darrere el motiu de ser, el fonament, del diagnòstic “agora-dona”: l’agorafòbia de Fernando, identificat com a “home”, el feminitza en el sentir grupal fins al punt de col·locar-lo en el mateix “bàndol” que les usuàries identificades com a “dones” que escriuen en aquesta entrada. En altres paraules, en la línia que va des de la feminitat model a la masculinitat model (sent aquestes dos l’un i l’altre extrem), les persones agorafòbiques (independentment de si s’identifiquen com a “homes” o “dones”) ocupen la meitat femenina, quelcom que explicaria, alhora, que les persones identificades com a “dones”, i d’acord amb la seua tradicional associació amb la feminitat, esdevinguen molt més diagnosticades d’aquesta patologia que les persones identificades com a “homes”.

3.2.3. Bloc 3: Resistències

3.2.3.1. Desé manament: No et resistiràs... o sí?

“Pensando en eso esta noche, con el corazón y el estómago hecho papilla, me digo que a fin de cuentas quizá sea eso la vida: mucha desesperación pero también algunos momentos de belleza donde el tiempo ya no es igual. Es como si las notas musicales hicieran una suerte de paréntesis en el tiempo, una suspensión, otro lugar aquí mismo, un siempre en el jamás. Sí, eso es, un siempre en el jamás” (Barbery, 2012, p. 364)

Fins que vaig començar aquest treball (acadèmic, personal i polític), mai m’havia plantejat la possibilitat que com a agorafòbica poguera asseure resistències al meu diagnòstic i tot el que ell implicava i implica en la meua vida. Però, bé, tampoc m’havia plantejat que el meu diagnòstic parlara més enllà de pors, símptomes i tractaments. Analitzant-ho des de la meua posició actual no crec que jo esdevinga cap exemple de resistència digne de ser autoanalitzat al meu treball: fa 18 anys que em medique, amb teràpia des d’aleshores, em presente sovint com a agorafòbica i treballe, compre, vull ser mare i m’enamore com, crec que, ho feia fins ara.

Amb tot, potser no siga del tot així. Durant el temps que estic immersa en aquest treball he repassat i posat potes enlaire la meua vida (mèdica i no mèdica) de dalt a baix, he identificat modes de “ser dona” que es corresponen amb els de les usuàries dels grups que analitzem, he identificat pensaments, pors i anhels afectius semblants als de les meues companyes. Definitivament no soc cap Dolores Ibarruri lluitant pels drets de les “dones”, cap Juana de Arco resistint un judici per heretgia ni cap Frida Kahlo rebutjant la visió del femení que es dibuixa des del masculí. No obstant això, en aquest treball, en aquest qüestionament, en aquesta problematització, en aquest posar-me en dubte a mi mateixa i a tot el que m’envolta aconseguisc deixar plasmada la meua (xicoteta potser) resistència cap a un mode de viure, de fer, de sentir que ha marcat la meua vida des dels díhuit anys. Xicoteta potser, però la

major i gustosa de les resistències que, n'estic segura, soc i seré capaç d'articular: el meu particular *sempre* en el *mai*.

Amb aquest últim manament rematem el nostre objectiu d'articular una proposta sociològica sobre l'operacionalització conjunta dels conceptes "agorafòbia" i "dona" capaç d'equilibrar en l'anàlisi el pes de l'estructura social amb les possibilitats micro de performativitzar i alterar l'ordre mèdic/genèric.

El discurs mèdic (re)produït i performativitzat als grups, com qualsevol discurs social hegemònic, es nodreix de l'acatament dels seus preceptes. Una bona agorafòbica en aquests grups és aquella que acata aquest discurs i respecta la seua autoritat per a parlar de salut i malaltia, aquella que no es resisteix als seus mandats mèdic-socials. Acceptant que la negació d'un concepte (no-resistència) suposa l'existència prèvia del concepte, ens preguntem: hi ha possibilitats de resistència a este discurs dominant dins dels mateixos espais que el produeixen?

Partim de la idea que l'agència i la resistència esdevenen part inherent de les relacions de poder que ens construeixen. Si la normalització mèdica-social exerceix un dispositiu social de poder i control, subjecció i agència es converteixen en una contínua tensió constitutiva de les subjectivitats de les persones (Foucault, 2001). Així és com el nostre enfocament analític pretén resituar el cos agorafòbic com a entitat d'agència i resistència capaç de qüestionar aquest discurs hegemònic.

Parlem i parlarem d'agència i resistència però també de la importància que en aquestes tenen les construccions socials. És a dir, per a poder entendre bé com funcionen agència i resistència en els cossos agorafòbics cal entendre-les emmarcades dins de les relacions de poder que construeixen eixos cossos. Així, els nostres cossos són l'espai o la intersecció de la història personal, l'agència i les construccions culturals, un espai o intersecció en què el poder i la ideologia operen a través de la construcció de subjectes; no a través del disciplinament o imposició des de dalt cap a baix, sinó a través de la negociació, la mediació, la resistència i l'articulació (Gill, 2008).

És imprescindible per a comprendre aquest tercer bloc de la segona part de la nostra anàlisi recordar que no trobarem a les pàgines que segueixen cap heroïna agorafòbica que un dia es desperta i diu: m'he cansat de "ser" una bona agorafòbica, no pense medicar-me mai més, no pense treballar i no pense consumir ni ser mare en el que em queda de vida. Sense menysprear les "juanes de arco" de la vida, entendre les resistències des de i a partir de les relacions de poder (Foucault, 1977), com una repetició normativa que es pot alterar (Butler, 2001), com una contesa entre cultura i subjectivitat (Gill, 2008), significa en aquest treball identificar agències, algunes més evidents i altres molt més subtils, reconèixer resistències i contraresistències en un mateix discurs, distingir usuàries que es contradiuen, que qüestionen i que posen i es posen en dubte.

Per últim, volem subratllar també que les resistències en un grup que funciona com a agent social, com a suport de la narrativa social, porten aparellades les possibilitats de contracontestació, d'ahí que una mirada àmplia de la resistència dega incloure sempre la contraresistència (Andrade, 2018). Així, com hem vist en els apartats anteriors, les postures resistents en moltes ocasions no esdevenen ignorades en tant que són susceptibles de posar en perill i de sacsejar l'edifici normalitzador, per contra desperten reaccions del grup amb l'objectiu de reconduir aquestes vies cap a la normalitat mèdic-social.

3.2.3.1.1. Resistències al diagnòstic "agorafòbia"

En la presentació de la informació en aquest bloc separem les resistències al diagnòstic "agorafòbia" i les resistències al diagnòstic "dona" d'acord a com hem estructurat la presentació en els anteriors blocs per tal que siga més clar, visual i coherent amb l'ordre que hem seguit fins ara. No obstant això, unes i altres estan conceptualitzades en aquest treball de manera interrelacionada i imbricada com a resistències totes elles feministes, un terme que recull les mèdiques i les genèriques, al diagnòstic "agora-dona".

A més, recuperem algunes resistències i tangencialitats que han anat eixint en tots els manaments i les tornem a formular ací, no de manera innocent, d'acord amb la idea que no esdevenen postures anecdòtiques o accidentals sinó que, tal com han anat apareixent fins ara dins de cada manament, formen part de les mateixes relacions de poder, sorgeixen al si del discurs agorafòbic dels grups i són una altra cara d'eixes relacions i eixe discurs.

a) Resistències al tractament farmacològic

Les postures agencials de resistència cap al tractament farmacològic són sense dubte les més nombroses i fàcils d'identificar als discursos dels grups que analitzem.

Com hem vist en el manament 1, el discurs hegemònic sobre el tractament per al trastorn agorafòbic prescriu clarament la farmacologia com un dels dos pilars necessaris per a la curació o recuperació. Front a aquest discurs farmacològic hegemònic, quin tipus de dissidències s'articulen? Les següents dos usuàries dels grups 1 i 2 ho tenen clar: “Yo no me medico” (Dolo, grup 1), i:

(...) La medicación no cura. Eso tenlo clarísimo. Lo que hace es tapar. Fui al psiquiatra a pesar de que mi médico me decía que no, porque creía que en él estaba la solución. No sé cuáles serán tus síntomas, pero si puedes seguir no te mediques. Anula la cita (Isa, grup 2).

Ens nodrim en aquest bloc de les tradicions resistents de moviments com el LGTBIQ, les/els grosses i grossos, els moviments activistes de diversitat funcional o els activismes en salut mental. Entre aquests moviments es poden trobar punts d'unió arran de la corporalitat d'acord amb la idea que la divergència de moltes persones etiquetades com a discapacitades, igual que ens passa a les agorafòbiques o els pot passar a les transexuals o grosses, front al model normatiu s'instaura, entre altres coses, des de les concepcions del cos (Gutiérrez, Moya, Saa, Yañez i Campos, 2016). Agafem d'aquests moviments la idea del cos, més encara al tractar sobre l'agorafòbia, un trastorn mental en què, en tant que mental, sembla que el cos desapareix, quan en les realitats experiencials de moltes agorafòbiques és a partir d'aquest des d'on es viu mèdicament, genèricament i agencialment.

Tot i que corporals són totes les resistències que hem vist i veurem, aquesta corporalitat es veu especialment clara en postures com les següents: “Cada cuerpo es diferente, a mí por ejemplo me puso muy mal después de probar varios. Siento que ese medicamento es el peor para mi cuerpo, hoy en día ya no tomo nada de medicación (...)” (Josefa, grup 1) i “Yo la tome y la tuve que dejar de lo mala que me ponía, sin medicación estoy mejor” (Maya, grup 2).

Entenem d'acord amb aquests posicionaments les resistències corporals com aquelles accions on el cos té una implicació fonamental i decisiva, aquells qüestionaments articulats d'acord amb un compromís amb el cos, aquelles pràctiques en les quals el cos funciona com a vehicle i posada en acció de l'agència.

També identifiquem als discursos resistències que prenen la forma d'alternatives al tractament hegemònic. Un bon exemple d'aquesta postura esdevé el discurs de Josefa.

Yo como agorafobica jeje, tome medicina la cual no me hizo bien, no pude adaptarme a eso, pues vi que habían otras maneras se salir de esto, empeze a tomar FLORES DE BACH. Y hacer MEDITACION, ESTIRAMIENTOS, todas las mañanas y mis autoafirmaciones, poco a poco empecé a sentir algo se satisfacion y allí pude salir, hasta ahora salgo a media hora de mi casa, caminando y poco a poco siento que los NIVELES de miedo van bajando. SÍ SE PUEDE (Josefa, grup 1).

Ordorika (2009) afirma que la preocupació fonamental que va guiar els primers treballs sobre salut mental des d'una perspectiva de gènere va ser l'anàlisi de la sobrerrepresentació de les "dones" en les estadístiques epidemiològiques psiquiàtriques realitzades fins al moment. Una sobrerrepresentació que portava com a principal conseqüència la major hospitalització d'aquestes, així com una molt major prescripció de quantitats psicotròpiques que als seus compares masculins. Per la seua banda, Phyllis Chesler (2005) ens diu en el seu treball sobre la salut mental femenina que tradicionalment s'ha exercit un control sobre els cossos i les ments de les "dones" utilitzant mètodes basats principalment en la prescripció de fàrmacs. Sobre la base d'aquestes dos idees, el "yo no tomo", el "a mi cuerpo no le sienta bien" o el "me van mejor las flores de bach" esdevenen negacions, oposicions corporals, establiments agencials d'alternatives que s'articulen com a resistències no sols mèdiques sinó també genèriques i, per les seues possibilitats d'obrir bretxes al discurs hegemònic, també i sobretot feministes.

b) Resistències al tractament psicològic

L'altre dels pilars que prescriu el discurs mèdic per al tractament de l'agorafòbia és la teràpia psicològica clínica, sent la dominant dins de les teràpies la cognitiu-conductual.

Ja hem vist a un dels punts del manament 1 com les insatisfaccions cap al tractament psicològic adoptaven la forma d'insatisfacció cap a les i els terapeutes, insatisfacció cap al sistema de la Seguretat Social i insatisfacció per disfuncionalitat, instituint-se algunes d'aquestes insatisfaccions en plantejaments dissidents i resistents cap al discurs terapèutic com el següent: “voy a dejar de ir al psicólogo (...) siento que no me sirve de nada” (Lusa, grup 2).

En la mateixa línia de com s'articulava amb el discurs farmacològic, també identifiquem al terapèutic/psicològic pràctiques resistents que prenen la forma d'alternatives al tractament hegemònic: “(...) mi siguiente paso es ir a un centro de terapia natural (Nina, grup 2)” i;

a mí los medios alternativos siempre me han dado mas resultado que los oficiales. Por poner un ejemplo, hace dos años estuve tres meses con taquicardias continuas y no habia manera ni tranquilizantes ni antidepresivos que me la quitaran. Fuí a una terapia zen (ya había hecho cursos antes) y en diez minutos se fue para no volver... por 10 euros. Tengo una mente científica y no soy especialmente creyente en homeopatías y cosas así, pero me atengo a la prueba y al resultado (Auro, grup 3).

Vegem, escoltem i llegim altres veus. Qüestionant i posant en dubte els mètodes cognitiu-conductuals, Sonsoles planteja una pregunta després d'acceptar en el grup que no pensa seguir-los: “Sí, te dicen los psicólogos que te pongas metas, ¿pero sufriendo?” (Sonsoles, grup 1). La teràpia cognitiu-conductual diu que t'has d'exposar i enfrontar la teua por, però aquesta usuària en un exercici agencial ho té clar: no vol patir més. A una altra, tot el seu voltant li recomana eixir de casa i exposar-se. Ella afirma el següent: “Yo tengo lo mismo y procuro por la mañana no salir al menos que sea absolutamente necesario porque ya después estoy jodida todo el día (...)” (Olga, Grup 3).

Aquestes dos últimes postures esdevenen desobedients als principis d'un mètode que diu que has de passar per eixa por i eixe malestar per a superar-lo, desobediències establertes des del compromís corporal de dir “no pense, no vull patir més” a un mètode, una exposició, un anar, un eixir que esdevé, com hem vist al llarg de molts dels 9 anteriors manaments, la ferramenta principal de la qual es fa valdre el discurs normalitzador públic mèdic i genèric (re)produït als grups. Eixir per a les agorafòbiques no és sols enfrontar la seua por sinó, tal

com hem vist, eixir a fer les tasques domèstiques, a buscar parella, etc. Per tant, tornem a veure'ns davant de desobediències mèdiques i genèriques constituïdes en resistències feministes.

Una part molt important del tractament psicològic, especialment en la part cognitiva de la teràpia cognitiu-conductual, se centra en canviar els pensaments negatius pels positius. Ja hem llegit l'opinió d'una de les usuàries respecte a la prerrogativa positiva en els grups, però cal ara recuperar-la emmarcada com a resistència a aquest pensament, una resistència que expressa fins a dues ocasions en diferents mesos.

En estos tiempos donde sólo se busca la felicidad, la sonrisa perfecta, el cuerpo perfecto, la pareja perfecta, el aparentar, el regalar consejos (pésimos en mi opinión) como un "no te pongas así" "relájate" " la vida es maravillosa", apelo el tener un día de "mierda", el llorar, el preferir el negro en vez del rosa, un mate antes que un brillo.. y es que cada uno es como es y lo único que debemos hacer es intentar superarnos a nosotros mismos, llora si lo necesitas, chilla si te vas a quedar más agusto, cambia por y para ti, sé la persona que TÚ quieras ser, no la que la SOCIEDAD quiere que seas (Sílvia, grup 1).

La positividad y el optimismo es fundamental pero hay veces que uno lleva tanto peso a las espaldas que debe de parar. Y no por ello es menos que nadie. Ya está bien de la vida perfecta, la sonrisa perfecta, la foto perfecta.. TODOS tenemos el derecho de tener un mal día y/o una mala racha (Sílvia, grup 1).

Per a finalitzar amb aquest subapartat, ens cal precisar i puntualitzar que quan visibilitzem o mostrem ací les resistències feministes, al tractament en aquest cas, no estem de cap manera valorant o jutjant les posicions de les usuàries. En altres paraules, no valorem que siga més feminista aquella que no es medica o renuncia a la teràpia psicològica que aquella que es medica i tracta psicològicament. Parlem de resistències com a mostres d'agència front a un discurs determinat, resistències que sent aquest discurs androcèntric es conceptualitzen com a resistències feministes. Així, si quant al tractament aquest discurs mèdic-social androcèntric dels grups diu: medica't i ves a teràpia per a eixir al carrer; tot el que, des de la radicalitat o des de la contingència, des de la puntualitat o des d'una major permanència repte o altere aquest discurs esdevindrà significat com una mostra de resistència feminista que manifesta la capacitat d'agència i de performativització dels

subjectes agorafòbics front a un discurs dins del qual s'han construït i es construeixen com a tals.

c) Resistències al malestar

Com es pot una resistir a un dolor, unes palpitations o un mareig? Esdevé difícil fer-ho, i fins i tot innecessari, o això ja ho jutjarà cadascuna. Però el més important, quin sentit pot tenir per al nostre treball que jo, o qualsevol altra usuària, siguem capaces d'ignorar un mareig, un mal de cap o una indisposició qualsevol? No parlem d'això quan parlem de resistències al malestar, quan distingim aquestes resistències no ho fem pensant en el malestar com a sensació sinó com a significació que possibilita el diagnòstic agorafòbic. I és que, d'acord amb Jutel (2009), si bé no tots els malestars es poden diagnosticar, les seues narratives són el punt de partida per al diagnòstic.

Trobem als grups tres maneres d'establir aquestes resistències. La primera d'elles és la resistència a la significació del malestar com a símptoma, això és, a la significació biomèdica del malestar. Vegem sobre aquesta qüestió els següents dos reports: "Eso no lo digas nunca. Di que no querías hacerlo porque lo pasamos muy mal, pero poderlo hacer, puedes hacerlo. A mí me sirvió mucho este apunte que me hizo una moza que había pasado por ésto" (Sole, grup 1) i "Es que es exactamente eso y hay que aceptarlo. No vamos porque no queremos. Fin ¿Y qué pasa? Aceptate, quíete y entonces empezará a salir a donde tú quieras, no donde crees que quieres ir" (Martina, grup 2). No poder esdevé un símptoma, una incapacitat, mentre no voler esdevé una actitud. Ací, el "no quiero" pren una forma agencial front al "no puedo" disfuncional.

La segona de les resistències de què parlem la trobem en la performativització d'un dels símptomes principals del transtorn agorafòbic: no eixir de casa, que la casa siga un refugi, que l'espai privat s'opose al públic quant a freqüència i preferència per a les agorafòbiques. Com hem vist, el principal objectiu de tota teràpia per a l'agorafòbia és traure'ns de casa. Però, poden haver-hi agorafòbiques que no signifiquen la preferència d'estar en casa (front a estar al carrer) com un problema? Poden haver-hi agorafòbiques fins i tot que estiguen a gust amb aquesta situació? Atenguem a aquestes dues: "Estoy acostumbrada a estar en casa y me encuentro muy agusto" (Montse, grup 1) i "Por veces prefiero quedarme en casa" (Ali,

grup 3). De nou, no és el mateix dir “no puedo salir” que “no quiero salir” o “prefiero no salir”. Front a la involuntarietat del no poder, preferir requereix voluntat i desig propi.

És tan modèlicament hegemònic que les agorafòbiques vulguem eixir de casa com resistent i transgressor, així com perillós, és que ens agrada quedar-nos en ella. La següent usuària ho explica així: “(...) Pero ya en casa, al fin. Por una parte, me siento mal, porque el estar en casa me haga tan feliz (...)” (Neus, grup 1). Ací topem amb una performativització de “l’agorafòbica autèntica”: d’aquella que es flagel·la pensant que està a casa, la que no és feliç ni ho serà mai allà perquè sap que no és allí on hauria d’estar per a estar “sana”, per a “ser normal”, a aquella que accepta el malestar en eixir al carrer i el transforma en felicitat a l’estar en casa.

Una última forma de resistència lligada a l’anterior és la resistència a la significació de la soledat com a problema. Tota agorafòbica, diu el discurs mèdic, té problemes per a la soledat i necessitat d’estar acompanyada. Tota agorafòbica menys, potser, aquestes dues: “A mí la verdad que no, que siempre me ha gustado la soledad” (Estela, grup 2) i “A mí no, al contrario me gusta estar sola” (Sandra, grup 2).

d) Resistències a la identitat

Una de les ferramentes de què es fa servir la psiquiatria en el seu objectiu de ser interioritzada i no resistida per part dels subjectes és la que té a veure amb la subjectivació. Des d’aquest discurs mèdic es construeix la identitat, en el nostre cas agorafòbica, com la interiorització i acceptació per part de les i els pacients, com a part fonamental de la seua subjectivitat, d’un diagnòstic fonamentat en veritats biològiques. Aquest procés respondria a un sistema ideològic essencialista que suposa l’existència d’una essència real, sempre presocial, que esdevé immutable i constitutiva d’una persona o una cosa (Fuss, 1999). En el cas del discurs agorafòbic eixa essència presocial la conformen unes realitats cerebrals que determinen els malestars que viuen les persones agorafòbiques, quelcom que converteix l’essencialisme del discurs psiquiàtric en essencialisme biologicista. “Ser” agorafòbica, perquè es té una disfunció cerebral, un “ser” determinat la única actuació possible sobre el qual ve autoritzada per la medicina (com a ciència que estudia i reestableix les disfuncions biològiques) i front al qual els subjectes esdevenim passius, esdevé el mode hegemònic que

dicta el discurs agorafòbic per a relacionar-nos amb nosaltres mateixos i amb el nostre entorn una vegada estem diagnosticades.

Amb tot, i tal com hem vist al tercer manament, en unes comunitats virtuals productores i constructores d'una narrativa pròpia respecte a la malaltia o etiqueta que les defineix (Canals, 2003), una narrativa, com hem anat veient, fortament influenciada i arrelada en els preceptes i principis biomèdics, les usuàries elaboren maneres de viure o experimentar la subjectivitat agorafòbica diferents al "ser", unes maneres que repton l'essència biologicista del discurs mèdic visibilitzant uns subjectes agents i que es concreten en posicions com "estar agorafòbiques", "tenir agorafòbia" o "patir agorafòbia".

Com també hem vist, algunes usuàries elaboren aquesta resistència de manera conscient: "Basta ya, de llamarnos agorafic@s, como dije la otra vez. Tenemos Agorafobia y no de por vida, puesto que estamos luchando como podemos para superarla" (Mari, grup 1), o "No somos agorafobicos, tenemos agorafobia, parece una tontería, pero no lo es (...)" (Toya, grup 1).

En la mateixa línia, també distingíem al tercer manament formes de resistència establertes cap a la identitat malalta, dins de la qual s'ubiquen la majoria d'usuàries: "Para empezar, no es una enfermedad, quítate eso de la cabeza. Sólo es una mala interpretacion de las sensaciones y síntomas, y miedo a sentir miedo. Por eso cambiando tu capacidad cognitiva puedes llegar a pararlo" (Magda, grup 2).

Però a més d'aquestes resistències ja mostrades al tercer manament, trobem també altres dos formats que utilitzen les usuàries als grups per a resistir-se a la identitat mèdica agorafòbica i a tot el que aquesta significa. Un d'aquests formats es recolza en el recurs al sentit de l'humor: el sarcasme, la burla i la paròdia exercida per elles mateixes cap a elles mateixes s'articulen com un mode de deconstruir una identitat que per ser malalta, per ser "anormal", esdevé *a priori* seriosa i greu. Atenguem al respecte tres reports. En el primer d'ells una usuària comparteix una imatge que diu: "bienvenido a esta página, por favor indique su trastorno mental, si no lo tiene, aquí le asignamos uno de oficio". Aquesta imatge ve comentada per la mateixa usuària amb el següent missatge: "Un poco de humor para nuestras mentes atribuladas" (Diana, grup 1). El segon report pertany a una conversa entre 6

usuàries del grup 1 que fantasiegen amb la idea de poder viatjar un dia totes juntes. Dues usuàries afirmen un “yo no puedo” al qual Lorena respon: “¿Por? ¿Tenéis algún trastorno de ansiedad o qué? ¿en el capullo tienes el trastorno? Qué mal no” (Lorena, grup 1). En el tercer report, una usuària del grup 1 es defineix així: “Yo como agorafóbica jeje (...)” (Josefa, grup 1).

La subjectivació d'aquestes usuàries a través de l'humor els permet no sols resistir a l'essencialització mèdica de l'agorafòbia sinó autoapropiar-se del seu caràcter seriós per a la lluita quotidiana. Sobre aquesta qüestió la teoria *crip*, o teoria tullida, suposa un referent. Segons Eli Clare (1999), aquests termes permeten a les persones amb diversitat funcional generar cultura, fer acudits i crear una sensibilitat que es converteix en una forma d'humor. En el cas de les nostres usuàries, performar humorísticament conceptes o termes amb els quals han estat definides com a trastornades, malaltes o desviades esdevé un recurs agencial d'apropiació amb el quals subvertir i resistir unes identitats pejoratives imposades.

El segon format que identifiquem per part de les usuàries dels grups consisteix a desmuntar el que *a priori* significa, o hauria de significar, la identitat mèdica agorafòbica. Aquest format lliga de nou amb la idea de posicions múltiples de Gloria Bonder (1998), i és que com a subjectes estem, tenim i desitgem moltes més coses que les reduïdes o capturades en una única identitat. Atenguem aquesta qüestió en el següent fil discursiu encetat al grup 1. El fil comença amb una llista de l'1 al 9 de desitjos dels quals tu sols pots triar-ne dos. Entre els desitjos estan el 6 “convertirse en una persona fuerte” i el 8 “sentirte feliz” que són els dos triats per la majoria, tretze usuàries de les quinze que participen en el fil. La usuària que comparteix la llista ho fa amb el següent comentari:

Por siempre 8, saben que compartí esta imagen en mi Facebook y me sorprendí como la mayoría de la gente solo pide dinero, y otras cosas, me quedé pensando con la 8, lo demás no importa ya que tienes ansiedad y pasamos por tantas cosas lo único que deseamos es estar feliz y SÍ SE PUEDE POCO A POCO (Josefa, grup 1).

El discurs de Josefa sembla clar i sustentat per la majoria de les usuàries: les persones agorafòbiques són persones que desitgen per damunt de tot ser fortes i felices. Contràriament a aquesta postura dominant, però, hi ha dues usuàries els desitjos de les quals són “lucir 15 años más joven” i “tener un montón de dinero”. Aquestes dues usuàries no

desitgen el que se suposa que desitgen totes les agorafòbiques; resisteixen la identitat agorafòbica única prioritzant desitjos que pot ser que respongen a altres posicions que viuen en les seues vides.

e) Resistències a les relacions amb el sistema biomèdic

Una de les bases del discurs mèdic agorafòbic és l'acatament de l'autoritat que el sistema biomèdic ostenta, un acatament que funciona a partir d'un sistema jeràrquic en què els professionals del sistema biomèdic ocupen la part alta de la piràmide com a experts amb autoritat mentre els pacients queden relegades a la part baixa passiva i dependent de l'actuació professional (Espinàs, 2003).

És cert que el discurs general en els tres grups gira al voltant d'aquesta autoritat incontestable del sistema biomèdic, però igualment cert és que dins d'aquest marc de relacions de poder "professionals/pacients" hi ha usuàries que utilitzen la seua agència per a qüestionar, criticar o oposar-se al sistema dins del qual estan immerses, el que les ha diagnosticades i el que les tracta, amb el qual mantenen un contacte estret. És el cas de les següents tres usuàries que critiquen la *sobremedicamentització* del sistema mèdic, açò és, la sobreutilització de la farmacologia com a única ferramenta per a tractar-les: "Y el psiquiatra te da medicación y ala. Ahí te las compongas" (Consue, grup 2); "No es verdad que la agorafobia sea un problema crónico. Tienes toda la razón: los psiquiatras te empastillan de por vida" (Cata, grup 3), i;

En mi caso tampoco me han ayudado nada. Bueno en una cosa sí, en hacerme yonky de pastillas, eso tengo que agradecerle al sistema de la SS. Solo te mandan pastillas y las terapias brillan por su ausencia. Me parece increíble que en un país donde aumentan cada vez más los casos de ansiedad y depresión nos dejen tan desamparados. Mejor me relajo, porque si no (Marga, grup 2).

Quan critiquen i posen en dubte les pràctiques mèdiques, aquestes usuàries estan visibilitzant el seu marge d'actuació i utilitzant la seua agència per a transformar la tradicional submissió de la pacient a l'autoritat mèdica. I és que, com suggereixen Esteban et al. (2005), en el trànsit d'idees entre llecs i experts les concepcions tradicionals que al·ludeixen a un

trànsit unidireccional autoritat/docilitat encobreixen els mecanismes de dominació i les possibilitats de resposta en forma d'agència i resistència.

Quant a formes de resposta agencials i resistents Yoli és especialment clara.

Exacto, nadie nos va a quitar el miedo, no pastilla mágica y no estar debajo de la falda de nadie, ni ataduras con médicos de la índole que sean, yo quiero disfrutar de la vida, pero no encuentro herramientas, nadie las tiene (Yoli, grup 2).

En la seua crítica, aquesta usuària denuncia el que per a ella és un sistema mèdic que se sosté pel que fa a les agorafòbiques a partir de la submissió (“estar debajo de la falda”, “ataaduras”), i el resisteix amb la mateixa crítica i amb el seu qüestionament.

3.2.3.1.2. Resistències al diagnòstic “dona”

Com hem vist a la resta de l'anàlisi, i a partir del concepte de “diagnòstic agora-dona” que proposem i defenem, “ser” agorafòbica per a les usuàries dels grups que analitzem és més que una definició mèdica o un tractament farmacològic i psicològic. Darrere d'aquests, a partir d'aquests, “ser” agorafòbica per a aquestes usuàries suposa, a més, la recepció contínua d'uns manaments socials de gènere que han de representar. Uns manaments que ratifiquen el lloc que com a “dones” han d'ocupar i són susceptibles de no ocupar a causa del seu malestar, uns manaments en forma de treballar, consumir, “ser mares” o enamorar-se que com a “dones” modernes que volen recuperar-se, que volen “ser normals”, tenen la peculiaritat de ser interioritzats en forma d'autogestió i autodisciplina regulant cada aspecte de les seues conductes i presentant totes les seues accions com a lliurement triades.

Però hi ha una única manera de “ser” hui en dia vàlida socialment per a les agorafòbiques? Hi ha espai que ocupar al marge dels manaments socials? Com afirma Anabel, en un exercici agencial de transgressió sobre l'ordenament social hegemònic quan un company expressa estar angoixat per no portar la vida que hauria de portar: “lo de mujer, hijo, trabajo y coche no es el único guión posible de una vida” (Anabel, grup 2).

Vegem, doncs, quins altres guions obren les usuàries en les vivències quotidianes de les seues feminitats “sobrereferendades” a partir del diagnòstic agorafòbic, tant en la dimensió de producció i consum com en la de *Cathexis*.

3.2.3.1.2.1. Resistències a la producció i consum

El manament social que desprén el discurs agorafòbic als grups sobre la producció és clar: una “dona” de hui en dia treballa i ho fa fonamentalment a l’espai públic, especificació, aquesta última, imprescindible en tant que parlem de persones amb dificultat d’eixir i sortir-se’n en aquest espai.

Però hi ha altres maneres de fer, altres guions possibles com deia Anabel? Sabent la difícil elusió del treball, doncs moltes vivim d’aquest, Carmen reproduceix la part del discurs que proclama que “una dona normal de hui en dia treballa”, però no fa el mateix amb la part del discurs que espera que aquest treball siga en l’espai públic reptant, d’aquesta manera, l’hegemonia pública que envolta tots els manaments agorafòbics. Així ho explica ella: “yo me he reinventado, al no poder salir a la calle, mis trabajos ahora los realizo desde mi casa y al final estoy haciendo lo que realmente me gusta” (Carmen, grup 1).

En la reproducció d’una normalitat femenina treballadora, aquesta usuària regira una part fonamental del manament, la part pública, i el més important és que no la regira des del pesar o la culpabilitat (com cabria esperar d’una “dona” que, pobra ella, no ix al carrer), el més important és que ho fa des de la satisfacció i el plaer del fet que: “al final estoy haciendo lo que realmente me gusta”. Establim el testimoni d’aquesta usuària com a agent i resistent d’acord amb l’afirmació de Teresa del Valle (1997) que afirma que perquè les “dones” puguen ser agents del canvi han de ser dissenyadores, elles, dels seus propis espais.

En un altre punt ubiquem la resistència que localitzem en el relat d’una usuària del grup 2. Com hem vist al cinqué manament, una de les possibles conseqüències que comporta per a moltes usuàries la sobreratificació de la seua posició com a treballadores per part del discurs agorafòbic és que, en un món precaritzat quant al treball femení, les pot abocar a treballs mal pagats i discriminatoris. Nina conta en una entrada que per fi li han oferit un treball. Ho desitja i ho necessita, està entusiasmada i les companyes del grup comparteixen el seu entusiasme.

Uns dies després Nina explica que ha rebutjat la feina. Al perquè interrogant i massiu de les seues companyes, respon:

(...) al decirme que no tenía claro los horarios ni lo que iba a cobrar ya tenía que habérmelo olido. A la otra que le tocaba entrevistar salió por patas jaja. Entre eso y que la mujer me hizo esperar 1h. En fin, ya no se trata de miedo, sino dignidad. Gracias por los ánimos (Nina, grup 2).

La resistència d'aquesta usuària a treballar sota qualsevol condició, a qualsevol preu, perquè la normalitat/normativitat per a una persona agorafòbica que vol recuperar-se l'aboca a açò, esdevé clara i queda perfectament resumida en la frase en què diu: "En fin ya no se trata de miedo, sino dignidad".

Si el manament mèdic-social agorafòbic sobre producció traslladat als grups ens diu: treballa públicament; referent al consum ens diu: ix a comprar per a la família i per a tu. Com hem vist al manament sisé, la tònica general dels grups gira al voltant de motivar-se mútuament per a aconseguir, entre altres coses, eixir a comprar. Tot i que la majoria de les usuàries afirmen sentir-se contentes, realitzades, possiblement més a prop de la normalitat, quan aconseguixen realitzar l'activitat pública de comprar, hi ha qui tangencialment s'oposa a aquesta satisfacció normativa en un acte de rebel·lia políticament incorrecta afirmant: "yo no disfruto ni yendo a comprar el pan" (Gràcia, grup 2).

Però a més, i sobretot, hi ha també veus tangencials que es converteixen en resistents quan esdevenen susceptibles de sacsejar l'ordre establert. És el cas de les següents quatre usuàries. Les dues primeres en una conversa sobre la importància per a les agorafòbiques d'aconseguir anar a la perruqueria, un acte de consum de bellesa absolutament normalitzat per a les feminitats, un acte que en fer-lo ens fa més femenines, expliquen així com porten a la pràctica aquesta performativització de gènere:

- Pues mira tu que hoy he pensado en cambiar el color de pelo (Isa, grup 2).
- Yo me lo voy a tinter en casa, más que nada por el precio que supone hacerlo allí. Necesitaba un corte, estaba en parecidos razonables con la niña de la película de the ring (Estefanía, grup 2).
- Yo también en casa (Isa, grup 2).

Sent, com ja hem explicat al manament sobre consum, la perruqueria un espai que “fa dones”, dient el discurs agorafòbic: ves a la perruqueria que en eixir estàs superant les teues pors; aquestes dues usuàries performativitzen aquesta pràctica femenina canviant l’espai “perruqueria” per l’espai “casa”. Construïnt, d’acord també amb el que deia abans Del Valle (1997), una manera “d’estar femenines” des d’un altre espai que no és el normativament establert per a açò.

Les altres dues usuàries (una d’elles és Isa, la mateixa que hem destacat abans però ara en una altra entrada) els discursos de les quals destaquem com a representativament resistents al manament del consum esdevenen dues “dones” immerses en una conversa amb altres cinc “dones” al voltant de com gestionar la conjuntura quotidiana d’haver d’anar a fer la compra. Les altres cinc “dones” asseguren anar de qualsevol manera, encara que siga acompanyades, però elles dos apunten: “Las hace mi marido” (Isa, grup 2) i “Mando a alguien” (Marta, grup 2).

Si com confirma Carosio (2008), i hem repetit ja al llarg d’aquest treball, el 80% de les compres actuals en les societats occidentals les fem les “dones”, sent la majoria d’aquestes compres per a la família i la casa, això és, esdevenint aquest consum una tasca domèstica que reproduïx desigualtats de gènere (Connell i Pearse, 2018), aquestes “dones”, en “enviar” el marit o algú a complir aquesta tasca estan sacsejant un ordre genèric el qual el discurs agorafòbic posa molta obstinació per mantenir.

I és que, com de difícil és resistir-se a un manament social el compliment del qual no sols et fa “millor dona”, més completa, més femenina, més perfecta, sinó que enunciat per un discurs psiquiàtric et defineix sobretot com a “normal”. Per açò insistim a entendre aquestes resistències des de la seua contingència, si es vol fins i tot des de la seua accidentalitat en el cas d’algunes, quelcom que no li lleva ni pes ni abast sinó que li suma franquesa i responsabilitat. I així és com ens aproximem a les resistències referents al que hem anomenat ací com la gestió domèstica i familiar que han d’assumir i assumeixen les nostres usuàries agorafòbiques.

Cap d'elles, ni una sola, afirma “no planxe perquè no em dona la gana fer-ho més, ja ho he fet prou” o “m’he cansat de cuinar tots els matins i portar les filles i els fills al col·legi, que ho faça el meu marit”, quelcom que *a priori* pot decebre a unes investigadores àvides per identificar resistències el més feministes possibles. Però, com de resistent i com de feminista pot ser, d’acord amb Pérez Orozco (2006, 2014), concebre la gestió domèstica i familiar com a sostenibilitat de la vida i practicar-la com a tal? Els tres grups que analitzem estan plagats de discursos no sols de “dones” preocupades per comprar, cuinar o netejar, sinó també de mares preocupades per portar les filles i els fills al parc, per anar a veure-les i veure’ls cantar en les seues audicions nadalenques a les escoles, per a acompanyar-les i acompanyar-los a aprendre a muntar en bicicleta o simplement per escoltar-les i escoltar-los. Cap d’aquestes últimes activitats que hem anomenat són en el sentit hegemònic ni tasques domèstiques ni treball reproductiu, cap d’aquestes accions garanteix el manteniment vital o físic de la llar ni de la família, però totes són necessàries per al manteniment emocional de les fills i els filles, per a assegurar-nos i assegurar el que Pérez Orozco (2006, 2014) anomena com una vida digna de ser viscuda.

Lliguem ací el manament de gestió domèstica i familiar amb el de maternitats. Així defineix Isa la seua contesa entre maternitat i agorafòbia: “Mi hijo el mayor me echa cosas en cara, pero ya le digo: Soy la madre que te ha tocado: una madre con agorafobia que no puede irte a ver a los partidos pero te apoya y escucha en todo. FIN con culpabilizarse. Es algo que hacemos mucho” (Isa, grup 2).

Aquesta usuària no sols renuncia a adaptar-se a la maternitat pública com a única manera de practicar la maternitat, sinó que significa aquesta a partir de termes com el suport i l’escolta. Termes que travessen un manament mèdic i social que ha construït la maternitat agorafòbica com a trànsit, oportunitat, remei o deure per passar de la patologia a la normalitat, un manament que parla, i molt, d’egoisme, del públic, de l’instint i de la connexió entre egoisme, públic i instint, però gens d’emocions compartides o de suport que són tan importants per a moltes experiències maternals (i filials) com visibilitzen usuàries com aquesta. En una pugna entre l’egoisme que explicaria mèdicament que aquesta usuària no puga anar a veure el seu fill jugar al futbol i el suport i l’escolta que afirma ella proferir-li, Isa des de la seua subjectivitat aconsegueix posar els segons per damunt del primer en la seua autodefinició com a mare.

Per tot açò identifiquem amb gust, amb la confiança i l'esperança del calor que abrigo quan el món colpeja³⁹, aquestes pràctiques quotidianes com a resistències feministes. Resistències d'unes "dones" que, abocades per un discurs a reafirmar el seu rol domèstic públic i privat, aconseguen en les seues vivències deconstruir aquesta domesticitat i familiaritat, significar-la i tornar-la a construir des de les seues quotidianitats, des de les seues preocupacions, des dels seus dubtes, a través del seu malestar, del seu dolor, i també a partir de la importància que en el manteniment de les nostres vides té no sols assegurar-nos i assegurar les necessitats materials sinó també les afectives i tot allò que ens aproxime a viure d'una manera digna.

3.2.3.1.2.2. Resistències a la *Cathexis*

Com hem vist al nové manament, el discurs mèdic-social agorafòbic transcrit als grups analitzat a partir de la dimensió de *Cathexis* de Connell (1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018) ens diu: no et prives de l'amor, no, ben bé al contrari ix de casa i busca'l, troba'l i cuida'l "por siempre jamás", "mientras vivís felices y coméis perdices" i "hasta que la muerte os separe".

Hem destacat ja en l'anàlisi d'aquest nové manament les principals resistències que des dels grups les usuàries estableixen a aquest mandat. Hem vist els casos d'Eva i Lorena. Els reports que mostren les resistències d'aquestes dues usuàries a la interiorització i reproducció d'un ordenament mèdic i genèric que els diu que, tenint ja marit, el mantinguen i l'aguanten el que faça falta per a no quedar-se soles esdevenen bastant esclaridors.

- Espero que no porque al menos los prefiero a mi marido, está muy mal del coco, no se por qué está así (Eva, grup 1).
- Hoy mi marido estaba de guantazo y medio, pero bueno que hoy duerma en el sofá y piense... (Eva, grup 1).
- (...) yo preferí los síntomas de la agorafobia a sus palabras incoherentes (Eva, grup 1).

³⁹ Utilitzem ací una part del poema "soy mujer" d'Alejandra Pizarnik de manera conscient i gens innocent. "Dona", poetessa i psiquiatritzada la major part de la seua vida (va morir per suïcidi en un permís de l'hospital psiquiàtric en què estava interna), Alejandra Pizarnik va viure mostrant a través dels seus poemes la difícil conjuntura que vivia com a "dona" psiquiatritzada, així com fantasiejant amb les seues agències i resistències dins d'aquesta conjuntura.

- Solo que cuando salí de casa lo preferí y mira ojalá no exista otra discusión pero si la hay me vuelvo a ir, (igual a la próxima les escribo desde un crucero a la luna) jajajajaj besos (Eva, grup 1).

- (...) prefería los síntomas a él y me fue muy bien (Eva, grup 1).

Ahora ya en casa. Mucho mejor. Menos mal que estaba una amiga mía que también ha pasado por esto y me ha estado acompañando. Porque hoy mi marido un suspenso. Le he dicho 20 veces que no me encontraba bien y ni mu. En el coche se lo he dicho, que al menos me podría dar ánimo y me dice que no pensaba que estaba tan mal y que ya sé que no se va a compadecer de mí. No quiero que nadie se compadezca de mí. En ese momento sólo necesitaba un: "Venga Lorena, ya sabes que no pasa nada". He pasado de estar con ansiedad a estar con mala hostia. Cosa que prefiero (Lorena, grup 1).

Com es pot observar, fins a quatre ocasions en una mateixa entrada Eva repeteix que prefereix el malestar al seu marit, resignificant un discurs que et diu que justament pel teu malestar no pots prescindir del teu marit. Aquest tipus de resistències són secundades per altres usuàries amb discursos com els següents: "(...) Mejor solo que mal acompañado por más difícil que sea y así estarías ganando tú" (Alicia, grup 2) o;

Hay que aprender el desapego, a estar solo también. Yo vivo sola hace ya varios años. Se me murieron dos maridos y siempre pensé, por que siempre me pasa y a la conclusión que llegue, es que hay que aprender a desapegarse, no a apegarse. Tú puedes amar mucho a una persona, pero desde el desapego, quiere decir, que estás feliz con ella, pero si te falta, también serás feliz, pues tu felicidad, esta en ti, no en otra persona. No sé si me explico bien... (Mari, grup 1).

Però Eva i Lorena no són les úniques usuàries que desafien el que de *Cathexis* hi ha en el discurs agorafòbic dels grups. En una entrada del grup 2 un "home" pregunta si és l'únic que té por de no casar-se mai a causa de la seua malaltia. A aquesta pregunta dues usuàries responen: "¿Y por qué la necesidad de casarse? Nunca vi esa necesidad" (Estela, grup 2) i "Yo no quiero casarme, la verdad" (Fátima, grup 2).

Casar-se és per a moltes persones el pas que va del "buscaràs i trobaràs parella" al "la cuidaràs per sempre". És per a moltes, i amb un fort pes en l'imaginari col·lectiu encara, la significació màxima de l'amor sexual. Si segons Jónasdóttir (1993) les "dones" estem

associades tradicionalment i construïdes al voltant de la necessitat d'estimar i ser estimades, si casar-nos podria ser el cim i l'assegurança d'estimar i ser estimades, aquestes usuàries amb dues breus frases que podrien voler dir moltes coses: no em vull casar però sí tenir parella, no vull casar-me ni tenir parella, no em vull casar però tenir mil parelles, etc., estan trastocant un dels ciments que ens ha construït tradicionalment com les principals desitjoses d'un contracte matrimonial.

Segons Connell (2009), les pràctiques sexuals en les societats occidentals estan governades per dos estructures principals: l'heterosexualitat i la monogàmia. En la repetició per part dels grups del manament sobre la gestió de les relacions afectivosexuals per a les agorafòbiques, es desprenen aquestes dues estructures: busca parella és, sobretot, "busca un home, busca un novio, busca un marit", i cuida-la és "cuida-la en exclusivitat", "atent-lo sols a ell". Ja hem vist al manament nové que únicament una usuària en tots els grups repta l'heterosexualitat implícita del manament. Atenguem ara una altra usuària que en les seues vivències afectivosexuals agorafòbiques desafia en aquest cas l'amor sexual exclusiu, monogàmic.

Yo estoy en un grupo para chatear con chicos y me divierto al menos. Sé que podría tener a los que quisiera... y me da ánimo y fuerza para seguir luchando (...) el truco va a ser tener un amor en cada puerto. Yo también lo estoy haciendo sin querer pero empiezo a planear viajar para verlos y es algo positivo, me incita a luchar (Guada, grup 2).

Sense parella, sense amigues i amics, i havent acudit en els moments que ella anomena "de recaída" als pares per a pal·liar la seua incapacitat d'estar sola, Guada descriu així la seua situació actual respecte a aquests: "No sabes cómo necesito vivir así sin ellos (...) que me echan en cara que si no quería vivir sola. Yo no es vivir sola es vivir mi vida. Si hoy no logro salir que nadie lo reproche" (Guada, grup 2).

En els dos reports assenyalats, aquesta usuària desafia no sols la monogàmia que governa les relacions afectivosexuals actuals, més encara quan "eres" agorafòbica i necessites conservar la teua parella per a no quedar-te sola coste el que coste, sinó que qüestiona i impel·leix dos dels pilars fonamentals del precepte afectivosexual agorafòbic: la normalitat pública com a única manera d'experienciar l'amor sexual i l'elecció prioritària que es pressuposa en les agorafòbiques d'estar acompanyades encara que siga en situacions en

què no s'està a gust abans que estar soles, o el que hem anomenat ací "més val mal acompanyada que sola".

Des de les posicions afectives i emocionals localitzades de les usuàries es produeixen, com anem veient, vivències mèdiques i genèriques diverses, algunes de les quals tenen la capacitat d'alterar, qüestionar i desnaturalitzar el discurs afectiu hegemònic prescrit per a elles. Açò és el que fan algunes usuàries per mitjà de les comunitats virtuals construint altres formes de companyia, transformant la dependència afectiva com a única manera de gestionar la soledat agorafòbica, una dependència jeràrquica, desigual, en què la malalta sempre està i estarà sota aquelles i aquells que la cuiden i l'acompanyen, en suport mutu entre iguals: "Has visto amiga, estábamos todas a tu lado. Es bonito leer que todas se han preocupado. Reconforta saber que estamos" (Guada, grup 2);

Amores míos qué voy a hacer con vosotras. Al final tendré que ir a buscar a Aida y Toya e ir a Pozoblanco a buscar a Mari. Una vez allí, nos pasamos unas pastillas de colores y a disfrutar esa maravillosa ciudad que no tengo el placer de conocer ¿Os hace un viajecito a Córdoba? (Lorena, grup 1).

3.2.3.1.3. Resistències col·lectives en forma de lluita política

Com hem vist en aquest treball, les usuàries a través dels grups poden erigir-se com a subjectes individuals i col·lectius reproductors d'un sistema establert, o problematitzadors i capaços de generar pràctiques emancipadores dins d'aquest. Moltes de les resistències que hem vist fins ara són col·lectives, es retroalimenten en els grups, es nodreixen de la identificació mútua. Però anant un pas més enllà, algunes s'estructuren com a forma de lluita política, en forma d'organització formal més o menys coordinada al voltant d'una problemàtica (Valenzuela, 2007), una organització susceptible de posar en tensió les estructures i conceptualitzacions al voltant de l'agorafòbia.

En les formes de resistència col·lectiva manifestades als grups podem distingir tres nivells. En primer lloc s'observen crítiques compartides, com ja hem vist, al voltant de la *medicamentització* i l'autoritat mèdica. En segon lloc, es pretén un fet d'accionar col·lectiu com un mitjà per a aconseguir la visibilitat d'una malaltia per a elles encara oculta, encara tabú: "Leed y si estáis de acuerdo, firmad. No podemos seguir siendo invisibles" (Cristina,

grup 2); “Creo que nuestro grupo debería ser abierto. No es nada malo que se tenga agorafobia, así la gente sabe lo que es y se va acostumbrando” (Lena, grup 3) i;

Chic@s deberíais sugerir a vuestros amigos y familiares que lean sobre nuestra enfermedad. Tenemos que quitar el puñetero tabú de las enfermedades mentales aunque cueste. Así seremos reconocidos, no somos gente extraña, tenemos un problema como los claustrofóbicos, o fobias a los payasos, excepto que la nuestra da más problemas. Pero tenemos derecho a que se nos vea y se nos conozca ¡Que lean un poco, que es gratis coño! (Claudia, grup 3).

Cal especificar que en aquest nivell el grup més actiu és el grup 3, l'únic públic i el que menys components té dels tres que analitzem. Com que és un grup públic és congruent que siga el més actiu políticament en proporció als altres tres, en tant que els membres que pertanyen a ell ho fan sota la consciència del fet que és públic i l'utilitzen com a plataforma de visibilització i denúncia manifesta.

En tercer lloc identifiquem un nivell de resistència i contestació cap a un sistema sanitari que consideren desigual i discriminatori socialment, materialment i econòmicament, un sistema que no ofereix els mateixos serveis en l'àmbit públic que els que pots obtenir de manera privada: “Tenemos Agorafobia, necesitamos psicoterapia continuada para vencerla. Estado ¡ayuda!” (Encarna, grup 1); “Firma la petición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Tengo Agorafobia, necesito psicoterapia continuada para vencerla” (Llum, grup 3).

En les narratives, encara que de manera potser subtil, s'observa la influència que posseix la interacció entre cos i agorafòbia: el cos que es resisteix a ser medicalitzat, que es resisteix a ser invisible, que demanda ser assistit públicament...

Per últim, les nostres usuàries presenten una peculiaritat que les fa transformar els canals usualment utilitzats en l'activisme mental, la peculiaritat de la limitació pública, quelcom que impossibilita trobades personals, cara a cara, i que pot influir en el fet que els grups esdevinguen més enfocats a solventar els dubtes més bàsics o primaris que a estructurar modes d'interacció més organitzats políticament. Aquest fet podria explicar també el fort paper que els grups juguen com a canal de transmissió dels discursos dominants i com a controladors socials. No obstant això, i com també hem vist, els nostres grups actuen com a

GAMs adaptats a la limitació física: grups sense presència ni assistència mèdica ni terapèutica, grups on es col·lectivitzen el patiment i les cures, grups d'expressió quotidiana, grups de transmissió de sabers, d'ajuda mútua i redefinició identitària, grups capaços de construir ferramentes i espais alternatius i útils per als seus membres, en definitiva, grups que mostren una vegada més les agències i resistències que sorgeixen al si de les relacions de poder i dominació.

LA CONSTRUCCIÓ DEL DIAGNÒSTIC AGORA-“DONA” EN LES COMUNITATS VIRTUALS D’ATENCIÓ A PARTIR DE 10 MANAMENTS

1. Rebràs tractament
2. Patiràs malestar
3. Et subjectivaràs com a agorafòbica
4. Et relacionaràs amb el sistema biomèdic
5. Treballaràs remuneradament i públicament
6. Consumiràs per damunt de totes les coses
7. Assumiràs la gestió domèstica i familiar
8. No renunciaràs a la maternitat
9. No et privaràs de l’amor
10. No et resistiràs... o sí?

Fig 2. Quadre resum de la construcció del diagnòstic agora-dona als grups analitzats



04

Conclusions

Obrim en aquest últim capítol un espai per a recapitular respecte al treball realitzat, i ho fem a partir de tres coordenades de la tesi, per a nosaltres, imprescindibles per a entendre el procés que ara concloem. Recapitular ara i ací no fa del nostre treball un producte acabat, ni de bon tros, més aviat el deixa com a procés obert a noves preguntes que plantejar, a noves veus que escoltar, a nous estudis per abordar. Un procés dialèctic que ens ha portat per diferents estadis sobre els quals considerem obligat reflexionar. Els estadis de què parlem tenen a veure amb els continguts o resultats, amb la metodologia i amb la vivència d'aquest procés per part de la investigadora.

Als següents apartats aprofundirem en aquests tres eixos que hem dibuixat, tres eixos que condensen gran part de les problemàtiques tractades al llarg de la tesi.

1. Concloent des dels continguts: responent a les preguntes d'investigació

Vam emprendre aquesta tesi amb l'objectiu de descobrir si les comunitats virtuals creades i utilitzades per persones agorafòbiques funcionen com a grups d'ajuda mútua en els que es re(significa) i re(construeix) el diagnòstic que les uneix per a, si és així, analitzar aquesta construcció des de l'articulació de la dimensió mèdica (agorafòbia) i la dimensió genèrica ("dona"). A partir d'ací, era del nostre interès identificar si la (re)construcció d'aquest diagnòstic al qual hem anomenat "agora-dona" per part de les narratives de les usuàries dels grups, produeix i reproduïx unes relacions desiguals de gènere, així com explorar els mecanismes a partir dels que als grups, de manera individual i també col·lectiva, es reafirma o es resisteix el discurs mèdic/social que les defineix. Pensem que hem aconseguit, si més no, complir amb les aspiracions que vam començar marcant-nos.

Aquesta investigació partia de tres preguntes principals. La primera d'elles, i que funciona com a vèrtex a partir del que naixen la resta de les preguntes, dedicada a la definició conceptual/pràctica de les comunitats virtuals analitzades. La segona referida al nivell estructural de la nostra anàlisi dels grups, i la tercera dedicada al nivell agencial d'aquesta anàlisi.

La finalitat d'aquest apartat de les conclusions és la d'esclarir, d'acord amb els continguts o resultats exposats a l'anàlisi, si hem aconseguit donar resposta a les preguntes plantejades al començament d'aquest procés.

a) Funcionen les comunitats virtuals de persones agorafòbiques com a GAMs (Grups d'Ajuda Mútua), açò és, espais a partir dels quals les persones que en són usuàries gestionen, atenen, (re)signifiquen i (re)construeixen el seu diagnòstic d'agorafòbia?

Al marc teòric hem utilitzat la definició de GAM's de Canals (2003) segons el qual aquests grups esdevenen espais que permeten desenvolupar l'ajuda mútua, redefinir la situació viscuda i la mateixa identitat, espais productors d'ideologia que generen les seues particulars narratives dins de les quals els components del grup se situen i interpreten els seus propis processos de canvi i adaptació.

Tot malestar comporta la necessitat i demanda d'atenció per part del patidor. És un dels principis bàsics per entendre com es desenvolupa socialment el procés de malestar o malaltia, així com els elements que hi participen en ell. Aquesta atenció es dona usualment de manera primera per part de la família i la xarxa social més propera a la persona que pateix el malestar. En el cas de les persones agorafòbiques participants dels nostres grups, hem vist com l'atenció pren unes formes determinades. Una de les característiques que desenvolupen les persones que pateixen aquest malestar és la pèrdua de relacions socials, sobretot atés que deixen de vivenciar espais públics normatius hui dia per a desenvolupar-se amb èxit socialment. Així, moltes d'elles afirmen sentir-se poc enteses per part de les seues famílies o xarxes socials properes. En aquest context és on els grups d'atenció cobren un significat especial per a aquestes persones, esdevenint espais en els quals identificar-se amb altres persones, sentir-se enteses i poder desenvolupar-se socialment.

La virtualitat que caracteritza les comunitats que analitzem ací, la falta de contacte físic, podria entendre's comunament com un hàndicap, quelcom que les restaria sentit com a GAM's. Aquesta teoria perd per a nosaltres tot el seu valor quan entenem les singularitats del malestar i diagnòstic amb què treballem en aquesta investigació. L'agorafòbia, com a fòbia, por o ansietat, malestar si preferim, davant situacions que comporten un espai públic i relacional amb altres persones no es pot assumir com altre malestar o altra malaltia en què

les persones que la pateixen poden i/o volen assumir relacions d'atenció presencials i físiques. Aquesta particularitat ens ha ajudat a comprendre com els nostres grups virtuals adquireixen el seu sentit ple com a grups d'atenció precisament aquí, en la seua virtualitat, en la virtualitat com una de les maneres més satisfactòria triada per les persones que pateixen aquest malestar per a relacionar-se, demandar i oferir suport, etc.

A partir d'ací, considerem que les comunitats virtuals de persones agorafòbiques funcionen com a GAM's en tant que: 1) esdevenen espais de suport i ajuda mútua entre iguals fonamentats en el identificar-se i compartir una mateixa història; 2) emergeixen com a canals de transmissió d'informació propis, això és, sense presència directa de l'autoritat mèdica, que operen tant en la línia del discurs biomèdic com a esquesmes d'aquest; 3) es manifesten com a espais construïts sobre la identificació basada en una història compartida en què les persones participants defineixen la seua pròpia identitat i resignifiquen el problema compartit.

Els grups que analitzem, com a grups d'atenció, de suport i ajuda, però també com a grups d'identificació, d'enteniment, de complicitat i col·laboració, de participació activa, creen les seues particulars narratives. En el seu fer individual i col·lectiu, en les coses que contenen, en les experiències que expliquen, en els qüestionaments que plantegen, estan (re)significant contínuament la diagnosi que les uneix. Ho fan a partir del que saben sobre aquest trastorn i de les seues experiències, del que han viscut i viuen amb ell, i en aquest punt el discurs biomèdic ocupa un lloc principal, doncs totes les usuàries han estat en algun moment de les seues vides diagnosticades pel sistema biomèdic i han tingut algun tipus de contacte amb aquest sistema en el context concret de l'Estat espanyol, un contacte en forma de diagnòstic, com hem dit, i/o d'encontres clínics amb metgesses/metges d'atenció primària, psiquiatres i terapeutes.

Aquesta primera demostració que plasmem ací del funcionament de les comunitats virtuals de persones agorafòbiques com a GAM's en què es resignifica i reconstrueix el diagnòstic agorafòbic a partir de, entre altres particularitats, la presència estructural del discurs biomèdic en les seues experiències, un discurs que com hem desentranat al marc teòric és mèdic, però també i sobretot social, ens val per a preguntar-nos en què consisteix aquesta resignificació i quins efectes té, concretament per a unes persones diagnosticades com a agorafòbiques i com a "dones".

b) Com se significa i construeix socialment, i quines implicacions té, el diagnòstic d'agorafòbia per a les persones identificades com a “dones” dins d'aquests espais en què aquestes persones i les seues narratives són “actores” protagonistes com els grups virtuals?

Hem detectat la construcció del diagnòstic agorafòbic a les comunitats virtuals analitzades amb una forta presència del discurs biomèdic però també a partir de resistències i dissidències a aquest. Hem conceptualitzat aquesta construcció a partir de 10 lleis que són, per tant, mèdiques però també socials, i que configuren la ideologia de la qual doten els grups la resignificació del seu diagnòstic.

A través d'aquestes lleis hem vist, per una banda, la construcció del diagnòstic com un diagnòstic mèdic caracteritzat als grups pel patiment d'uns determinats malestars, per la prescripció mèdica farmacològica i terapèutica, per l'assumpció identitària i per la relació amb el sistema biomèdic.

Per altra banda, hem descobert també la construcció del diagnòstic com un diagnòstic social/genèric. Així, parlar d'agorafòbia en aquests grups és també parlar de treballar, de comprar, de maternitats, de tasques domèstiques i de relacions amoroses. És a partir d'ací que hem reafirmat en aquest treball el diagnòstic agorafòbic com a diagnòstic “agora-dona”: un diagnòstic que defineix determinats cossos identificats com a “dones” com a agorafòbics, patològics i objectes d'un tractament psiquiàtric.

Des de la dimensió genèrica de la diagnosi que uneix a les usuàries dels nostres grups hem pogut donar resposta a la segona pregunta d'investigació que ens ocupa en aquest apartat. Així, hem pogut comprovar que la construcció del diagnòstic “agora-dona” produeix i reproduïx unes relacions de gènere desiguals i androcèntriques a partir dels nivells de la producció i consum i de la *Cathexis* (Connell, 1987, 1995, 2009; Connell i Pearse, 2018).

En el nivell de la producció i consum s'ha demostrat que les usuàries, en la seua majoria, reproduïxen en les seues narratives un discurs col·lectiu centrat en la importància del treball públic i remunerat com a signe de recuperació, normalitat, millora, èxit, etc. Aquesta

conceptualització del treball públic remunerat en les narratives d'unes "dones" amb dificultat i/o impossibilitat per a vivenciar espais públics, i per tant per a treballar en ocupacions que requereixen aquesta espacialitat pública, deixa en evidència un discurs grupal que ratifica, aprova, promou i fomenta, pel que fa a la producció, unes feminitats treballadores públicament. Com hem assenyalat al marc teòric, en uns moments, com els actuals, en què la "dona" funcional ja no és (sols) la que es queda a casa sinó aquella que també treballa en l'àmbit públic, el discurs construït als grups estaria reafirmant aquesta normativitat. Però, a més, en uns moments en què les feminitats hem assolit el dret al treball quan aquest dret ja no esdevé tal, quan la feina ja no implica la seguretat financera que comportava abans, quan el mercat laboral esdevé fortament precaritzat i discriminatori (Amorós, 1994), tal com es demostra als grups on trobem usuàries treballadores i satisfetes en el nivell de la producció, però ocupades en feines tendents a la temporalitat, als contractes parcials o a la desregulació horària, reafirmar o ratificar tal com fa el discurs grupal d'una manera normativa, d'una manera fins i tot terapèutica, el treball remunerat esdevé reafirmar, ratificar i també abocar a les "dones" agorafòbiques a un treball moltes vegades discriminatori.

Quan parlem del consum passa quelcom semblant, fins i tot més accentuat. El diagnòstic "agora-dona" està significat als grups amb una fortíssima presència del comprar. La presència del comprar, i tornem al mateix que assenyalàvem amb la producció, en uns moments en què la feminitat normativa esdevé una feminitat compradora, denota de nou la ratificació per part dels grups d'aquesta feminitat normativa. Dins del comprar trobem el que hem anomenat com a "comprar per a una mateixa", pràctica vinculada amb una feminitat alliberada i consumista i, d'una manera molt més present, el "comprar per als altres", una pràctica de consum enfocada a la família i a la casa, un comprar que no esdevé altra cosa que el desenvolupament d'una tasca domèstica tradicionalment assignada a les "dones". Totes dues maneres de comprar representades en els grups com a èxit mèdic i genèric, com a signe de normalitat, com a mitjà per a la recuperació que situa la construcció ideològica del diagnòstic als grups molt propera a la divisió sexual de la feina.

Quant a la gestió domèstica i la maternitat, el discurs grupal enalteix, per una banda, la realització de tasques domèstiques privades i públiques (sobretot aquestes últimes que és on rau la dificultat per a les agorafòbiques) com una ocupació recomanable a nivell de malestar per a les usuàries, quelcom que reubica a unes "dones" susceptibles de ser dissidents en el

terreny domèstic per les seues dificultats en la realització de certes pràctiques domèstiques, sobretot públiques, en la feminitat domèstica. Per altra banda, en el terreny de la maternitat la preocupació fonamental de les usuàries radica en les seues possibilitats de ser unes bones mares. Davant aquesta preocupació, el discurs general dels grups quan parlem de maternitat s'enfoca cap a la despatologització del “nosaltres” maternal, un nosaltres personificat en la mare i les/els filles/fills que allunya a la primera de l'egoisme individual que subsisteix quan la maternitat no es dona. Tant en referència a les tasques domèstiques com a la maternitat els grups segueixen reproduint idealment una divisió sexual en la seua construcció del diagnòstic agorafòbic.

Per últim, ens preocupava identificar si les relacions de gènere desiguals apareixien també en el nivell de la *Cathexis*. Els grups reproduïxen un discurs hegemònic pel que fa a les relacions amoroses dividit en: la importància per a les agorafòbiques de trobar parella, un trobar que repercutirà beneficis en el seu malestar i en la seua recuperació, i la necessitat d'una volta trobada esforçar-se per mantindre-la. Els relats que trobem, però, també ens parlen de dependència, d'insatisfacció, d'aguantar a tot preu. Així, hem pogut descobrir que l'apuntament del discurs “agora-dona” a partir de la incapacitat de les persones agorafòbiques d'estar soles i dels beneficis mèdic/genèrics de mantenir relacions amoroses pot abocar, i aboca en alguns casos, a aquestes persones a relacions afectivo-sexuals insatisfactòries, no plaents i, fins i tot, tòxiques o nocives.

A partir de tot el que hem assenyalat, reconeixem que la construcció i significació del diagnòstic “agora-dona” als grups rema a favor d'una feminitat normativa caracteritzada per dues vessants que, lluny d'esdevenir contraposades, s'articulen fent de la feminitat actual una feminitat alliberada i acord als nous temps en la que esdevé imprescindible treballar, comprar per a una mateixa, eixir, conèixer gent i enamorar-se, i una feminitat tradicional i domèstica fonamentada en comprar per a la casa i la família, en la maternitat, en les tasques domèstiques i en cuidar a la parella i a les filles i fills. En un context en què l'agorafòbica pot esdevenir un perill per al manteniment d'un ordre de gènere en què la mare/esposa treballadora, consumista i cuidadora esdevé una peça clau, així com un perill per als beneficis capitalistes que la “dona” alliberada representa, el diagnòstic “agora-dona” advoca, articulant medicina i gènere, terapèutica i autorealització femenina, per la reafirmació d'una feminitat que manté i produeix unes relacions de gènere desiguals i androcèntriques.

c) Quines estratègies creatives de resistència desenvolupen els subjectes diagnosticats com a “dones” i com a “agorafòbiques”?

Com hem comprovat en aquesta investigació, el discurs “agora-dona” emet una narrativa única sobre la gestió del malestar agorafòbic i de la vida agorafòbica. També hem vist, però, que les usuàries dels grups visibilitzen com aquesta narrativa no és necessàriament aplicable a totes les subjectivitats i experiències. Hi ha usuàries que estan d'acord amb la presa de medicació i hi ha insatisfetes amb les seues prescripcions farmacològiques. Hi ha usuàries que s'adhereixen a la identitat agorafòbica tradicional i hi ha que la performatitzen. Hi ha usuàries que entenen el treballar o el comprar com a signe de normaltat mèdica i genèrica i hi ha altres que “envien” els seus marits a fer la compra, fins i tot a risc d'esdevenir “més malaltes”. Hi ha també usuàries que “depenen” de les seues parelles afectivo-sexuals i “aguanten” al seu costat per tal de no estar soles, i hi ha d'altres que trien voluntàriament estar soles o buscar (amb el risc de mai trobar) relacions més satisfactòries. Les segones postures d'aquesta llista formen part del que hem conceptualitzat ací com a resistències, resistències mèdiques i genèriques que són, sobretot, resistències feministes a causa del poder transformador de l'ordre genèric que tenen.

El context de les comunitats virtuals esdevé un espai privilegiat per a observar totes aquestes dinàmiques resistents, també i sobretot, per la seua diferenciació d'altres espais tradicionals de gestió dels malestans com per exemple l'encontre clínic clàssic, més privat, més acotat, més jerarquizat, i on l'agència de les usuàries apareix de manera menys visible.

Aquesta agència de què parlem, una agència reflexiva, situa a les usuàries d'aquestes comunitats com a subjectes crítics, actius, amb poder per a construir la seua pròpia biografia. Tanmateix, cal advertir que parlar d'agència individual i col·lectiva en el marc de la gestió dels malestans en què es subscriuen aquestes usuàries, això és la institució mèdica, pot comportar riscos per als mateixos subjectes. El principal d'aquests riscos seria el traspàs per part dels estats de benestar de tota la responsabilitat sobre la gestió dels malestans als individus quan hi ha qüestions respecte a aquesta gestió que estan més enllà del seu control. Aquesta postura, la postura del subjecte reflexiu, actiu, judiciós i preocupat pot esdevenir i esdevé molesta en determinats aspectes per a la institució mèdic-social i per a l'ordre de gènere en què s'inscriu aquesta institució, però potencialment còmoda en altres per a uns

estats que cada volta més depositen en els subjectes la responsabilitat en la gestió dels seus malestars. Així, doncs, ens trobem davant les dues cares d'una mateixa moneda. Una de les tasques a les quals ens hem enfrontat en aquest treball ha estat el desmuntatge de la idea que els subjectes “agora-dona” esdevenen subjectes passius, determinats mèdicament i genèricament, subjectes uniformes. Així, hem pogut observar individus actius les subjectivitats agorafòbiques dels quals esdevenen un procés obert; subjectes inscrits en unes estructures socials que modelen l'acció humana, però les pràctiques dels quals resulten també decisives per a explicar la reproducció d'aquestes estructures així com les transformacions que es produeixen en elles. Lloar aquestes agències i resistències, però, mai pot comportar la desresponsabilització per part de determinades institucions en qüestions com les que tractem en aquest treball. Com hem dit abans, hi ha aspectes en la vivència i gestió dels malestars que estan fora del control del subjecte. Qüestions com l'accés a determinats serveis sanitaris i socials, la comprensió de la salut mental d'una manera més completa i oberta, l'abordatge de la prevenció des de la seua dimensió social, la problematització del que hi ha darrere dels diagnòstics, o la construcció de pràctiques mèdiques en les quals la veu de les usuàries i usuaris siga prioritària són necessàries perquè les institucions, pràctiques i disciplines encarregades de garantir la salut com a benestar físic, mental i social òmpliquen de sentit el seu exercici.

En aquesta investigació hem avançat en la línia d'evidenciació dels diagnòstics com a construccions mèdiques al marge de les experiències de les persones afectades però amb efectes importants sobre les vides d'aquestes. A partir d'ací, sostenim que el camp de la salut mental produeix narratives amb les quals les persones diagnosticades ens subjectivem i construïm. Les teories feministes tenen un llarg i reeixit recorregut en l'estudi dels processos de subjectivació del qual hem pogut fer ús (limitat, donades les característiques d'aquest treball) ací. Amb tot, advoquem per la pertinença d'abordar el camp de la salut mental des de les teories feministes com un camp en què cal treballar, investigar i problematitzar.

Les comunitats virtuals de persones afectades per un malestar i diagnòstic, com a canals nascuts i embeguts en la narrativa biomèdica, contribueixen a aquesta subjectivació. Hem vist a la nostra anàlisi com els grups analitzats modelen i construeixen feminitats agorafòbiques. Fan “dones” que compren, “dones” que treballen, “dones” que volen ser mares o “dones” que volen enamorar-se en funció d'una diagnosi mèdic-genèrica que et fa

llegir la teua experiència en una clau determinada, que funciona com una certesa a partir de la que una “és” i fa. Amb tot, no hem de pensar, i això també ho hem constatat a partir de les dinàmiques de les comunitats analitzades, que les narratives mèdic-socials, els règims de gènere que produeixen i reproduïxen, són quelcom estàtic. Esdevenen l'estructura que ens marca quin és el nostre marge d'actuació, però és en eixe marge on naixen les nostres possibilitats i capacitats creatives.

2. Concloent des de la metodologia: l'autoetnografia encarnada com a fil conductor metodològic

Entenent que aquesta investigació naix de la problematització d'una experiència personal amb el diagnòstic i el malestar agorafòbic, però assumint també que per a construir-la no hi havia prou amb aquesta experiència, sinó que era necessari posar-la en context i ampliar la seua empremta per a analitzar les seues possibilitats sociològiques: açò és, per a nosaltres, comprendre i revelar com les persones diagnosticades “dona” i “agorafòbiques” (com jo) d'un entorn concret (els grups virtuals seleccionats per les seues possibilitats analítiques) identifiquen, ordenen i doten d'un significat determinat les seues experiències amb elles mateixes i l'entorn que les envolta. Entenent tot açò, hem considerat que la millor manera d'assolir els objectius plantejats és la combinació de tres ferramentes metodològiques: l'entrevista en profunditat, la netnografia o etnografia virtual i l'autoetnografia encarnada. En aquesta componenda metodològica, l'autoetnografia encarnada, és a dir, la interposició de l'experiència personal de la investigadora en l'escriptura etnogràfica, funciona com a fil conductor i assemblador de tota la investigació.

En l'autoetnografia encarnada les narracions autobiogràfiques ens permeten una compressió cultural de la ubicació de la investigadora en relació amb el problema a investigar, però perquè aquesta ubicació siga profitosa a la investigació és necessari posar-la en context, i per a això el marc teòric ha estat fonamental. Hem construït un marc teòric potent a partir del que dialogar amb la bibliografia científica i analitzar tant les vivències de la resta d'usuàries com les meues pròpies. L'altre element clau que ha dotat de sentit la tasca autoetnogràfica ha estat el diàleg amb les altres d'usuàries, doncs per a poder trobar significats he hagut de sotmetre contínuament a diàleg la meua experiència pròpia amb les experiències i vivències d'aquestes usuàries. El diàleg continu amb el marc teòric i amb les usuàries dels grups ha

pres la forma en aquest treball de reconeixements i identificacions, d'establiment de relacions, de construcció d'articulacions. Per tot açò, aquest procés no ha esdevingut en cap moment un procés lineal, sinó que pel contrari ens hem hagut de topar i enfrontar a elements inesperats d'una manera reiterada.

De les identificacions i articulacions de què parle han emergit unes narracions que, encara que vinguen de llocs diferents, encara no sent jo una usuària dels grups analitzats, em configuren com una més d'elles. Així, ha sigut molt comú llegir reflexions als grups o escoltar vivències de les entrevistades que també em pertanyien. A partir d'ací deduïm que hi ha una narrativa que ens engrana a totes nosaltres i que passa pel diagnòstic "agora-dona", doncs no hi ha res més que ens unisca que aquest doble diagnòstic. Encara venint de classes socials diferents, d'origens geogràfics dispars dins de l'Estat espanyol, encara tenint edats diferents o havent passat per processos vitals desiguals, compartim quelcom que ens homogeneïtza que és haver estat diagnosticades com a "dones" i com a agorafòbiques. Això és el que compartim, el que ens uneix i el que dona sentit als grups que analitzem.

Arribades a aquest punt de la nostra reflexió, i havent evidenciat en aquesta elements diferenciadors com la classe social, l'edat, l'origen geogràfic o la trajectòria vital, cal fer un aclariment. La redefinició del diagnòstic en cadascuna de les usuàries, inclosa jo, adopta formes particulars, o parlant des d'un llenguatge més mundà, cadascuna el porta com el porta, en tant que el diagnòstic està travessat per una interseccionalitat de vivències distintes. Els diagnòstics, també l'agorafòbic, estan creuats per altres categories estructurals com la classe socials, l'edat, etc., que, tot i que en aquest treball no han estat considerats com a principals, existeixen. Si el nostre treball s'haguera basat prioritàriament i exclusivament en fer entrevistes individuals a les usuàries dels grups, segurament eixes categories hagueren emergit. Això no obstant, el nostre interès en aquest treball ha estat el de fer una anàlisi grupal de les experiències d'individus als quals s'ha posat en relació, als quals s'ha considerat com a grup a través d'una diagnosi, la diagnosi "agora-dona". Unes experiències que, tot i sorgir de veus distintes, de cossos amb major o menor edat, de vivències particulars, troben multitud de llocs comuns que acrediten el nostre interès.

Per a finalitzar aquest apartat volem, doncs, reafirmar-nos en la dificultat i laboriositat que ha suposat el procés que ara concloem, així com en la ferma confiança que tenim en ell. Amb el

suport dels meus directors vaig decidir emprendre una tesi autoetnogràfica per dues raons principals: 1) perquè sempre m'han atret els processos col·lectius de creació de significat a partir d'experiències compartides, i; 2) per la consideració que l'autoetnografia esdevé una estratègia única per a arribar a continguts i interpretacions de l'experiència que serien inaccessibles d'altra manera.

3. Concloent des d'una mateixa: els efectes d'aquest treball en la subjectivitat malalta que l'aborda

Hem començat aquesta tesi amb una introducció que resumeix el dia a dia d'una persona agorafòbica, en concret el meu dia a dia, un dia a dia propi, corporal i situat, i l'hem continuada amb una anàlisi autoetnogràfica. Com que una part "omnipresent" d'aquest procés materialitzat en aquesta tesi inacabada i oberta ha estat la meua posició subjectiva, considere el més coherent i responsable amb aquest procés dedicar unes consideracions autoreflexives finals al que ha suposat aquest treball per a mi.

En la meua subjectivitat i experiència agorafòbica identifique com a claus quatre elements: 1) la vivència d'un malestar com a real front a la seua consideració, sovint, d'imaginari; 2) l'estret contacte amb el sistema biomèdic, i la ferma creença i confiança en ell fruit d'aquest contacte; 3) la vivència del meu malestar travessada per altres posicions com les de "dona" i feminista des de la contradicció, i; 4) la sensació contínua de descontrol sobre el meu malestar i diagnòstic.

Enfrontar aquest procés partint de mi, de la meua veu malalta, no era, com ja he explicat a la introducció, la meua intenció. Ha sigut quelcom experimental i nou per a mi, i com a tal el seu impacte ha sigut fort. Ha suposat sentir-me i veure'm exposada i vulnerable, capbussar-me en els meus malestars i obrir-me en canal.

Partir de mi i des de mi, a més, ha requerit un important exercici de distanciament epistemològic "incomplet" respecte a la meua experiència que he aconseguit fent ús de l'autoetnografia. Així, acomplir aquest exercici no ha estat qüestió d'asseure'm, recordar, bolcar i desfogar en un ordinador tot el que he viscut amb el meu malestar i diagnòstic. Contar la meua experiència, per si sol, no era fer coneixement. Realitzar l'autoetnografia encarnada demanava un exercici molt fort de qüestionament a una mateixa i altre exercici

important d'alerta analítica. Per això, he hagut de sotmetre a qüestionament a cada instant si allò de què parlava era la meua experiència o coneixement sobre la meua experiència, he hagut d'observar, de mirar i examinar per primera volta la meua vivència amb l'agorafòbia des d'una mirada sociològica.

No puc dir que aquest procés haja estat curatiu o terapèutic per a mi quant a malestar, ni de bon tros. Llegir i compartir amb les entrevistades i els grups m'ha provocat moments d'autosuggerió. M'ha provocat malestars que abans no identificava arran de saber que altres persones "com jo" els experimentaven. M'ha limitat en el sentit que he deixat de fer coses per por que em passe el mateix que llegia als grups o em contaven les entrevistades. M'ha creat dinàmiques de comparació contínua amb les altres usuàries respecte a si "estic millor que elles o no". M'ha causat períodes de tristesa, impotència i resignació. M'ha fet desconfiar que un dia em "curaré". Però des d'ahí, des dels malestars "nous", des de la limitació i la comparació, i també des de la resignació i impotència he pogut reescriure la meua biografia agorafòbica. He resignificat el meu malestar com a més real que mai. He qüestionat la meua confiança cega amb el sistema biomèdic al mateix temps que he entés la necessitat d'establir ponts conscients i respectuosos entre aquest i les vivències i veus dels subjectes afectats. He viscut la tensió entre la meua agorafòbia i la meua posició de "dona" feminista des de la resignació i la resistència alhora, i he sentit més que mai responsabilitat i control sobre la meua experiència.

En finalitzar la redacció d'aquest treball, la meua directora em va dir: si jo et preguntara quina ha estat la teua contribució teòrica amb aquest treball, què contestaries? Vaig fer rondar aquesta pregunta pel meu cap uns minuts que es van allargar a dies. Amb l'alleujament d'haver acabat un treball llarg i laboriós, però amb la pressió derivada d'allò que sempre diuen quan acabes la tesi doctoral del fet que "eres tu la que més sap del tema", no trobava una resposta que em satisfera prou. Primer de tot parlar de contribució teòrica em superava un poc. En segon lloc, resumir un treball que parla des del macro al micro, que parla de subjeccions i de resistències, de discursos socials i d'agències en un únic punt em semblava com a mínim difícil. Va ser una nit veient un documental sobre crims reals, i pensant en els efectes que en el context concret de què parlava el documental va tenir l'existència d'un violador i assassí sobre les vides quotidianes de les "dones" que vivien allà, quan vaig arribar a una possible resposta a la pregunta plantejada per la meua directora. Pense que una de les

contribucions teòriques d'aquest treball passa per evidenciar que el diagnòstic agorafòbic, a partir de la seua interiorització i reproducció performativitzada, funciona com un artefacte mèdic-social extraordinàriament útil per a exigir i ratificar una feminitat normativa a unes "dones" els comportaments i les accions de les quals les allunyen, a causa del malestar que pateixen, d'aquesta normativitat. En altres paraules, la principal contribució d'aquest treball pot haver estat el plenar de significat teòric el concepte de diagnòstic "agora-dona", un concepte que vam elaborar primerament com a descriptiu i que hem demostrat que, a més, esdevé sobretot prescriptiu.

Amb aquesta última reflexió donem per conclòs aquest procés inacabat i obert. Aquest treball ha volgut posar en primer pla la veu de les persones protagonistes de les experiències classificades a mode de diagnòstic: les nostres maneres de pensar, de fer i de transformar.

Referències bibliogràfiques

Allan, Y. (1995). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. New Jersey: Princeton University Press.

Aguado, A. (2008). Identidades de género y culturas políticas en la Segunda República. *Pasado y Memoria: Revista de historia contemporánea*, (7), 123–141. doi: 10.14198/PASADO2008.7.07

Allué, M. (2003). *DisCapacitados: La reivindicación de la igualdad en la diferencia*. Barcelona: Bellaterra.

Almendros Simón, A., Munilla Rebollo, R. V. i Bernabeu Domínguez, A. C. (2015). Violencia intrafamiliar en personas con diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (55), 204–222. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5610941>

Alonso, L. E. (2005). *La era del consumo*. Madrid: S XXI de España.

Altemus, M. i Epstein, L. (2008). Sex differences in anxiety disorders. En J.B. Becker, K.J. Berkley, N. Geary, E. Hampson, J.P. Herman i E.A. Young (Comps), *Sex differences in the brain* (pp. 397–404). Oxford: Oxford University Press.

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (First edition). Washington D.C.: APA.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Second edition). Washington D.C.: APA.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Third edition). Washington D.C.: APA.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Third edition-revised). Washington D.C.: APA.

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fourth edition). Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fourth edition-revised). Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth edition). Washington D.C.: APA.
- Amorós, C. (1994). *Feminismo, igualdad y diferencia*. Ciudad de México: UNAM.
- Andrade, J. A. (2018). *¿Es la violencia lineal? Linealidades y no-linealidades de la violencia. In Violencia lineal, violencia no-lineal y resistencia civil: Una interpretación desde la complejidad*. Medellín: Grupo de Investigación y Editorial Kavilando.
- Aresti, N. (2001). *Médicos, donjuanes y mujeres modernas: Los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatearen Argitalpen Zerbitzua.
- Babery, M. (2012). *La elegancia del erizo*. Barcelona, Booket.
- Badós, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Balbo, L. (1978). La doppia presenza. *Inchiesta*, 32(8), 3-11.
- Ballester-Arnal, R. i Botella, C. (1992). Aplicación del programa terapéutico de Clark a un caso con trastorno de pánico. *Psicothema*, 4(1), 69-88. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2018672>
- Barcia Salorio, D. (2000). *Tratado de psiquiatría*. Madrid: Arán Ediciones.
- Bauman, Z. (2002). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Beasley, C. (1994). *Sexual economyths: Conceiving a feminist economics*. Sidney: Allen & Unwin.
- Beaulieu, A. (2004). Mediating ethnography: Objectivity and the making of ethnographies of the internet. *Social Epistemology*, 18(2-3), 139-163.
- Bekker, M. H. (1996). Agoraphobia and gender: A review. *Clinical Psychology Review*, 16(2), 129-146. doi: 10.1016/0272-7358(96)00012-8
- Belli, G. (1994). *La mujer habitada*. País Vasco: Txalaparta.
- Bernalte Benazet, A. (2007). *Introducción a la antropología de la salud, la enfermedad y los sistemas de cuidados*. Buenos Aires: Libros en Red.
- Bilton, T., Bonnett, K., Jones, P., Skinner, D., Stanworth, M. i Webster, A. (2002). *Introductory sociology*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Blanco, M. (2012). Autoetnografía: Una forma narrativa de generación de conocimientos. *Andamios*, 9(19), 49-74. Recuperat de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632012000200004
- Blanco, R. (2014). Intimidades públicas: Experiencia estudiantil y normatividad sexo genérica en las instituciones universitarias. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 8(1), 157-170. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4986312>
- Blanco Fajardo, S. (2017). Moldeando a “Sofía” instrumentos de socialización, cultura y feminidad durante el primer franquismo. En C. Ferrer González i J. Sans Mola (Coord.), *Fronteras contemporáneas: identidades, pueblos, mujeres y poder: Actas del V encuentro de jóvenes investigadores en historia contemporánea* (pp. 421-433). Barcelona: Departament d'Història Moderna i Contemporània de la Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperat de https://ddd.uab.cat/pub/lilibres/2017/181041/Llibre_2._fronteras_contemporaneas.pdf

Blázquez, G. (2012). "I love the nightlife": Música, imágenes y mundos culturales juveniles en Argentina. *Trans: Revista transcultural de música*, (16), 1–26. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5962056>

Bofill, S. (2006). Cuidado formal e informal en Cataluña. Un análisis de la percepción de las mujeres mayores en relación a sus derechos y obligaciones en materia de cuidados y atención. *Etnográfica*, 10(2), 263–281. Recuperat de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372339148004>

Bolufer, M. (1998). *Mujeres e Ilustración: La construcción de la feminidad en la España del siglo XVIII*. València: Institució Alfons el Magnànim.

Bonder, G. (1998). Género y subjetividad: Avatares de una relación no evidente. *Género y epistemología: Mujeres y disciplinas*, 29-55.

Borrás Catalá, V. (2007). Las desigualdades en el consumo a través del género. *Revista Española de Sociología*, 8, 139–156. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2993784>

Bourdieu, P. (1994). *Per una sociologia reflexiva*. Barcelona: Herder.

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Bowker, G. C. i Star, S. L. (2000). *Sorting things out: Classification and its consequences*. Cambridge-Massachusetts: MIT Press.

Braudel, F. (1985). *La dinámica del capitalismo*. Madrid: Alianza Editorial.

Brooks Gardner, C. (1994). *Out of place: Gender, public places and situational disadvantage*. Los Angeles: NowHere: Space, Time and Modernity.

Bru, G. (2016). Subjetividad, biopolítica y cuerpo: reflexiones acerca de las prácticas de atención en el campo salud mental. *Revista Latinoamericana de Estudios Sobre Cuerpos*,

Emociones y Sociedad, 8(21), 37–51. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/2732/273246916004.pdf>

Brunet Icart, I. i Santamaría Velasco, C. A. (2016). La economía feminista y la división sexual del trabajo. *Culturales*, 4(1), 61-86. Recuperat de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-11912016000100061

Burin, M. (1991). *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.

Burrows, R., Nettleton, S., Pleace, N., Loader, B. i Muncer, S. (2000). Virtual community care? Social policy and the emergence of computer mediated social support. *Information, Communication & Society*, 3(1), 95-121. doi: 10.1080/136911800359446

Busfield, J. (1996). *Men, women and madness: Understanding gender and mental disorder*. London: Macmillan Press Ltd.

Butler, J. (2001). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

Calderón, V. (2015). 10 sencillas cosas que las mujeres realmente queremos en una relación. *Okchicas.com*. Recuperat de <https://www.okchicas.com/tu/pareja-tu/sencillas-cosas-mujeres-queremos-relacion/>

Campos, R., Pérez, J. M. i García-Alejo, R. H. (2000). *Los ilegales de la naturaleza: Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración, 1876-1923*. Madrid: CSIC Press.

Canals, J. (2003). *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar* (Tesis Doctoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: S XXI.

Cano Esteban, A. (2012). Agorafobia: Una mirada encerrada hacia la sociedad. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 6(1), 165–177. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3827834>

Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 529-549. doi: 10.1590/S0103-73312009000200016.

Caponi, S. (2010). Georges Canguilhem: Del cuerpo subjetivo a la localización cerebral. *Salud Colectiva*, 6(2), 149–161. doi: 10.18294(sc.2010.363

Caponi, S. (2014). O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 741-763. doi: 10.1590/S0103-73312014000300005.

Caponi, S. (2015a). *Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Caponi, S. (2015b). Biopolitics and psychiatrization of life. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 7(16), 72-85. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/283716858_BIOPOLITICS_AND_PSYCHITRIZATION_OF_LIFE_Biopolitica_e_psiquiaticizacao_da_vida

Caponi, S. (2016). Between the government of self and others: A psychiatric self-hermeneutics. *Signos Filosóficos*, 18(36), 62–90. Recuperat de <http://www.scielo.org.mx/pdf/signosf/v18n36/1665-1324-signosf-18-36-00060.pdf>

Cardaci, D. (2006). Ordenando relatos: Investigaciones sobre salud y género en programas mexicanos de estudios de la mujer. *Salud Colectiva*, 2(1), 21–34. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2484718>

Carlé, M. del C. (1991). Los miedos medievales (Castilla, siglo XV). *Estudios de Historia de España*, (4), 109–157. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7749558>

Carmona, C. S. V. i De Flores, S. R. (2007). Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Laurus*, 13(23), 249-262. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/761/76102313.pdf>

Carosio, A. (2008). El género del consumo en la sociedad del consumo. *La ventana: Revista de estudios de género*, 3(27), 130-169. Recuperat de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362008000100006

Carrasco, C. i Bordarías, C. (1994). Introducción: Las mujeres y el trabajo. Aproximaciones históricas, sociológicas y económicas. En C. Carrasco, C. Borderías i C. Alemany (Comp.), *Las mujeres y el trabajo: Rupturas conceptuales* (pp. 15-110). Barcelona: Icaria.

Carrasquer, P., Torns, T., Gil, E. T. i Díaz, A. R. (1998). El trabajo reproductivo. *Papers: Revista de sociologia*, 55, 95-114. doi: 10.5565/rev/papers.1934

Carrión, O. i Bustamante, G. (2012). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Cómo reconocerlos. Cómo superarlos*. Buenos Aires: Galerna.

Casado Aparicio, E. (2002). *La construcción socio-cognitiva de las identidades de género de las mujeres españolas (1975-1995)* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperat de <https://eprints.ucm.es/4840/1/T26344.pdf>

Castells, M. (1989). *The informational city. Information technology, economic restructuring and the urban-regional process*. Oxford: Basil Blackwell.

Castillo Sepúlveda, J. L., Tirado Serrano, F. J. i Rosengarten, M. (2012). Una aproximación simétrica al cáncer de mama: Heterogeneidad, regulación y corporización. *Athenea digital: Revista de pensamiento e investigación social*, 12(3), 163-185. doi: 10.5565/rev/athenead/v12n3.1056

Catalán, S. (2013). Terapia sexual, en qué consiste. *Siquia*. Recuperat de <https://www.siquia.com/2013/10/terapia-sexual-en-que-consiste/>

Chesler, P. (2005). *Women and Madness*. New York, EUA: Palgrave MacMillan.

Chung, J. E. (2014). Social networking in online support groups for health: How online social networking benefits patients. *Journal of Health Communication*, 19(6), 639–659. doi: 10.1080/10810730.2012.757396

Cigarini, L. (2006). El doble sí de las mujeres a la maternidad y al empleo. *DUODA: Revista de Estudios Feministas*, (30), 51–58.

Clare, E. (1999). *Exile and Pride: Queerness, disability and liberation*. Boston: South End Press.

Colectivo Flipas (CF) (2017). *Manifiesto Flipas GAM*. Madrid: CF. Recuperat de <https://flipartegam.wordpress.com/2017/02/08/manifiesto-flipas/>

Coll-Planas, G. (2014). «Me quedaré con lo positivo»: Análisis de blogs de mujeres con cáncer de mama. *Aloma*, 32(1), 33–44. Recueprat de <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/217/142>

Comelles, J. M. (1993). La utopía de la atención integral en salud: Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones En Salud Pública*, 3, 169–192. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/232242196_La_utopia_de_la_atencion_integral_en_salud_Autoatencion_practica_medica_y_asistencia_primaria

Comelles, J. M. (2000). De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas: una revisión conceptual. *Trabajo Social y Salud*, 35, 151–172.

Comelles, J. M., i Martínez Hernáez, Á. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema.

Connell, R. (1987). *Gender and Power*. Standford: University Press.

Connell, R. (1995). *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.

Connell, R. (2009). *Gender. Short introductions*. Cambridge: Polity Press.

- Connell, R. (2013). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Connell, R. i Pearse, R. (2018). *Género: desde una perspectiva global*. València: Universitat de València.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1), 209-232. doi: 10.1146/annurev.so.18.080192.001233
- Coria, C. (2011). *El amor no es como nos contaron... ni como lo inventamos*. Barcelona: Grupo Planeta.
- Cortés, J. M. G. (2007). Identidad, género y espacio urbano. *Año 8*, 1(10), 21–33.
- Coulter, A. (2006). *Engaging patients in their healthcare: How is the UK doing relative to other countries?* Oxford: Picker Institute.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5–47. doi: 10.1525/eth.1990.18.1.02a00010
- Da Costa Marques, S., Linardelli, M. F. i Maure, G. (2016). La relación entre antropología médica crítica y estudios feministas y de género: Notas para una discusión. En *Actas I Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales: 25 i 26 d'agost de 2016*. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo. Recuperat de https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/9879/dacostamarques-linardelli-maure.pdf
- Dalla Costa, M. (1972). Las mujeres y la subversión de la comunidad. En S. James i M. Dalla Costa (Coomps.). *El poder de la mujer y la subversión de la comunidad* (pp. 22-65). México D.F.: S. XXI.
- Dávila, B. (2018). Michel Foucault y la genealogía del sujeto moderno: gobierno, libertad, verdad de sí. *Revista de historia de las ideas políticas*, 21(1), 91–108. doi: 10.5209/RPUB.59699
- De Beauvoir, S. (2005). *El segundo sexo*. València: Ediciones Cátedra.

De Lauretis, T. (1987). *Technologies of gender: Essays on theory, film, and fiction*. Bloomington: Indiana University Press.

Del Fresno, M. (2011). *Netnografía. Investigación, análisis e intervención social online*. Barcelona: UOC.

Del Valle, T. (1997). Mujer y nuevas socializaciones: su relación con el poder y el cambio. *La ventana: revista de estudios de género*, (5), 72–132. doi: 10.32870/lv.v0i5.2818

Del Valle, T. (2001). *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid: Narcea.

Delumeau, J. (1978). *El miedo en Occidente*. Madrid: Taurus.

10 lugares para conocer chicos. (s.f.). Recuperat 7 gener 2018, de <https://www.cosmopolitan.com.mx/amor-y-sexo/donde-conocer-hombre/>

Díez-Quevedo, C., Rangil, T. i Sánchez Planell, L. (2002). Agorafobia. *Medicina Clínica*, 119(2), 60–65. doi: 10.1016/S0025-7553(02)73314-9

Domínguez, B. (2018, juliol 6). ¿En busca del amor? Los mejores lugares para encontrar pareja. *Enfemenino.com*. Recuperat de <https://www.enfemenino.com/relaciones/los-mejores-lugares-para-encontrar-pareja-s2154806.html>

Ehrenreich, B. (2012). *Sonríe o muere: La trampa del pensamiento positivo*. Madrid: Noema.

Ellis, C., Adams, T. E. i Bochner, A. P. (2015). Autoetnografía: un panorama. *Astrolabio*, (14), 249–273. Recuperat de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/11626/12041>

Espada, J. P., Galván, B. i Van der Hofstadt, C. J. (2007). Exposición en vivo y técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 217-232. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2251814>

Espinàs, L. (2003). Análisis psicosocial de la interacción “profesional de la salud”/“paciente”/ “familiar”. Un ejemplo: el caso de los foros virtuales de autoayuda en cáncer. *Athenea digital: Revista de pensamiento e investigación social*, 1(4). Recuperat de <https://atheneadigital.net/article/view/112/112>

Esteban, M. L. (2001). *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Tercera Prensa.

Esteban, M. L. (2004a). *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.

Esteban, M. L. (2004b). Antropología encarnada: Antropología desde una misma. *Papeles Del CEIC*, (12), 1–21. Recuperat de <https://ojs.ehu.eus/index.php/papelesCEIC/article/viewFile/12093/11015>

Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género. Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9–20. doi: 10.18294/sc.2006.52

Esteban, M. L. (2009). Cuerpos y políticas feministas. En *Jornadas Estatales Feministas de Granada: 5, 6 i 7 de desembre de 2009*. Granada: Federación de Organizaciones Feministas del Estado Español y Asamblea de Mujeres de Granada Mariana Pineda. Recuperat de http://www.feministas.org/IMG/pdf/Mari_Luz_Esteban_cuerpos.pdf

Esteban, M. L. (2011). *Crítica del pensamiento amoroso*. Barcelona: Bellaterra.

Esteban, M. L., Medina Doménech, R. i Távora Rivero, A. (2005). ¿Por qué analizar el amor? Nuevas posibilidades para el estudio de las desigualdades de género. En C. Díez Mintegui i C. Gregorio Gil (Coords.), *Cambios culturales y desigualdades de género en el marco local-global actual, X Congreso de Antropología: 19-22 de setembre de 2006* (pp. 207-223). Sevilla: FAAEE-Fundación El Monte-ASANA. Recuperat de https://www.w.w.a.c.a.d.e.m.i.a.e.d.u./1575918/_Por_qué_analizar_el_amor_Nuevas_posibilidades_para_el_estudio_de_las_desigualdades_de_género

Federación vasca de asociaciones de familiares y personas con enfermedad (Fedeafes).

(2017). *Mujer y salud mental*. Laudio: Fedeafes. Recuperat de <https://www.mujierysaludmental.org/es>

Fernández Juárez, G. (2000). El culto al “tío” en las minas bolivianas. *Cuadernos Hispanoamericanos*, (597), 25–31.

Fernández, E. de D. (2014). Domesticidad y familia: ambigüedad y contradicción en los modelos de feminidad en el franquismo. *Feminismo/s*, (23), 23–46. doi: 10.14198/fem.2014.23.02

Fingfeld, D. L. (2000). Therapeutic groups online: the good, the bad, and the unknown. *Issues Ment Health Nurs*, 21(3), 241–255. doi: 10.1080/016128400240868

Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud*, 10(2), 152–170. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5299404>

Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad/Vol. 1. La voluntad de saber*. Madrid: S XXI.

Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: Las ediciones de la piqueta.

Foucault, M. (2001). *Los anormales: Curso del Collège de France (1974-1975)*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique: Cours au Collège de France (1973-1974)*. Paris: Seuil.

Foucault, M. (2009a). *Le courage de la vérité: Le gouvernement de soi et des autres. Cours au Collège de France 1984*. Paris: Gallimard.

Foucault, M. (2009b). *El nacimiento de la biopolítica: Curso del Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

Foucault, M. (2014). *Del gobierno de los vivos: Curso del Collège de France (1979-1980)*. Madrid: Akal.

- Freud, S. (1963). *General psychological theory: Papers on metapsychology*. New York: Collier Books.
- Frisby, D. (1981). *Sociological impressionism: A reassessment of Georg Simmel's social theory*. London: Routledge.
- Fuss, D. (1999). Dentro/Fuera. En N. Carbonell i M. Torras (Eds.). *Feminismos literarios* (pp.113-124). Madrid: Arco Libros. Recueprado de <https://documents.es/document/diana-fuss-dentro-fuera.html>
- Gámez-Fuentes, M. J. (1997). Una aproximación al discurso franquista sobre la feminidad. *Lectora: Revista de dones i textualitat*, (3), 105-116. Recuperat de <https://www.raco.cat/index.php/Lectora/article/view/211175/280984>
- Gené, J. i Gallo, P. (2011). A favor de la libre elección de hospital. *Atención Primaria: Publicación oficial de la sociedad española de familia y comunitaria*, 43(10), 513–515. doi: 10.1016/j.aprim.2011.07.002
- Giles, D. C. i Newbold, J. (2013). 'Is this normal?' The role of category predicates in constructing mental illness online. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 18(4), 476–490. doi: 10.1111/jcc4.12022
- Gill, R. (2003). From sexual objectification to sexual subjectification: The resexualisation of women's bodies in the media. *Feminist Media Studies*, 3(1), 99–106. doi: 10.1080/1468077032000080158
- Gill, R. (2007). Critical respect: The difficulties and dilemmas of agency and 'choice' for feminism. *European Journal of Women's Studies*, 14(1), 69–80. doi: 10.1177/1350506807072318
- Gill, R. (2008). Culture and subjectivity in neoliberal and postfeminist times. *Subjectivity*, 25(1), 432–445. doi: 10.1057/sub.2008.28
- Goffman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gonzalbo Aizpuru, P. (2009). Reflexiones sobre el miedo en la historia. En P. Gonzalbo, A. Staples, i V. Torres (Comps.). *Una historia de los usos del miedo* (pp. 37-54). México D.F.: El Colegio de México/Universidad Iberoamericana

Good, B. (1977). The heart of what's the matter: The semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(1), 25–58. doi: 10.1007/bf00114809

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.

Gooden, R. J. i Winefield, H. R. (2007). Breast and prostate cancer online discussion boards: a thematic analysis of gender differences and similarities. *Health Psychology*, 12(1), 103–114. doi: 10.1177/1359105307071744

Goodwin, D. W. i Guze, S. B. (1996). *Psychiatric Diagnosis*. Oxford: Oxford University Press.

Grau-Muñoz, A. (2012). *Relación pedagógica y configuraciones de la crianza en la Sociedad del Riesgo: La transmisión del cuidado en el Programa de Educación Maternal* (Tesis Doctoral). Universitat de València, València.

Grob, G. (1991). Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *The American Journal of Psychiatry*, 148(4), 421–431. doi: 10.1176/ajp.148.4.421

Grosz, E. (1995). *Space, time, and perversion: Essays on the politics of bodies*. London: Routledge.

Gualtieri, L. i Akhtar, F. Y. (2013). Cancer patient blogs: How patients, clinicians, and researchers learn from rich narratives of illness. En *Proceedings of the ITI 2013 35th International Conference on Information Technology Interfaces* (pp. 3-8). Cavtat: IEEE. Recuperat de <http://iti.srce.unizg.hr/docs/iti2013/Gualtieri.pdf>

Guasch, O. (2007). *La crisis de la heterosexualidad*. Barcelona: Laertes.

Gutiérrez, P., Moya, R., Saa, J. P., Yañez, N. i Campos, J. (2016). Subjetividad en

agrupaciones de personas en situación de discapacidad: Explorando la dualidad sujeción-agencia y la visión de discapacidad desde la propia vivencia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 16(1), 147. doi: 10.5354/0719-5346.2016.41051

Hacking, I. (2002). *Historical ontology*. Cambridge: Harvard University Press.

Hall, S. (2003). ¿Quién necesita “identidad”? En S. Hall i P. Du Gay (Comps.). *Cuestiones de identidad cultural* (pp. 13–39). Buenos Aires: Amorrortu.

Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist studies*, 14(3), 575-599. doi: 10.2307/3178066

Harding, S. (1996). *Ciencia y Feminismo*. Madrid: Morata.

Haro. (2000). Cuidados profanos: Una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguero i J.M. Comelles (Eds.). *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp.101-162). Barcelona: Bellaterra.

Hartmann, H. (1981). The family as the locus of gender, class and political struggle: The example of housework. *Signs*, 6(3), 366–394.

Hine, C. (2004). *Etnografía virtual*. Barcelona: UOC

Hobsbawm, E. (2012). *Historia del siglo XX*. Barcelona: Critica.

Hofstee, W. K. B. (1980). *De empirische discussie: Theorie van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Amsterdam: Boom.

Holland, S. (2019). Constructing queer mother-knowledge and negotiating medical authority in online lesbian pregnancy journals. *Sociology of Health & Illness*, 41(1), 52–66. doi: 10.1111/1467-9566.12782

Horne, J. i Wiggins. S. (2009). Doing being ‘on the edge’: Managing the dilemma of being authentically suicidal in an online forum. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 170–184. doi:

10.1111/j.1467-9566.2008.01130.x

Horwitz, A. V. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: University of Chicago Press.

Horwitz, A. V. i Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. London: Oxford University Press.

Ibáñez, J. (1990). Perspectivas de la investigación social: El diseño en las tres perspectivas. En M. García Ferrando, F. R. Alvira Martín, L. E. Alonso Benito i M. Escobar Mercado (Coords.). *El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de Investigación* (pp. 49–83). Madrid: Alianza Editorial.

Illlich, I. D. (1975). *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.

Illouz, E. (2007). *El consumo de la utopía romántica: El amor y las contradicciones culturales del capitalismo*. Buenos Aires: Katz.

Jacobson, K. (2011). Embodied domestics, embodied politics: Women, home and agoraphobia. *Human Studies*, 34(1), 1–21. doi: 10.1007/s10746-011-9172-2

Jagoe, C., Blanco, A. i Enríquez de Salamanca, C. (1998). *La mujer en los discursos de género: Textos y contextos en el siglo XIX*. Barcelona: Icaria.

Jonásdóttir, A. (1993). *El poder del amor: ¿Le importa el sexo a la democracia?* Madrid: Cátedra.

Jovell, A. J. (2006). El paciente del siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29, 85-90. Recuperat de <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original8.pdf>

Jover Leal, A. (2019). *L'amor en temps del capitalisme*. València: Tirant Lo Blanch.

Jutel, A. G. (2009). Sociology of diagnosis: A preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 278-299. doi: 10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x

- Jutel, A. G. (2011). *Putting a name to it: Diagnosis in contemporary society*. Baltimore: JHU Press.
- Kalckreuth, S., Trefflich, F. i Rummel-Kluge, C. (2014). Mental health related Internet use among psychiatric patients: A cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-11. doi: 10.1186/s12888-014-0368-7
- Keim-Malpass, J., Albrecht, T. A., Steeves, R. H. i Danhauer, S. C. (2013). Young women's experiences with complementary therapies during cancer described through illness blogs. *Western Journal of Nursing Research*, 35(10), 1309–1324. doi: 10.1177/0193945913492897
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Los Angeles: University of California Press.
- Korstanje, M. (2008). De viajes y miedos: La agorafobia como una forma de control económico. *Contribuciones a La Economía*, 5. Recuperat de <https://www.eumed.net/ce/2008b/mk.htm>
- Kozinets, R. (2002). The field behind the screen: Using netnography for marketing research in online communities. *Journal of Marketing Research*, 39, 61-72.
- Lagarde, M. (1997). *Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y Horas.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Leimeister, J. M., Schweizer, K., Leimeister, S. i Krcmar, H. (2008). Do virtual communities matter for the social support of patients? Antecedents and effects of virtual relationships in online communities. *Information Technology and People*, 21(4), 350–374. doi: 10.1108/09593840810919671
- Lenz, T. i MagShamhráin, R. (2012). Inventing diseases: Kleptomania, agoraphobia and resistance to modernity. *Society*, 49(3), 279–283. doi: 10.1007/s12115-012-9542-z

Lida, C. E. (1997). ¿Qué son las clases populares? Los modelos europeos frente al caso español en el siglo XIX. *Historia Social*, (27), 3–21.

Linardelli, M. F. (2015). Salud mental y género: Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. *Millcayac-Revista Digital de Ciencias Sociales*, 2(3), 191-224. Recuperat de <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/519>

Lizeretti, N. P. i Rodríguez Ruiz, A. (2012). Inteligencia Emocional percibida en pacientes con agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 43–53.

Lopez, B. M. i Carvallo, G. A. (2009). Aproximación al proceso salud-enfermedad. *ODOUS científica*, 10(1), 33-43. Recuperat de <https://biblat.unam.mx/hevila/ODOUScientifica/2009/vol10/no1/4.pdf>

Magnan, V. (1893). *Recherches sur les centres nerveux: Alcoolisme, folie des héréditaires dégénérés*. Paris: Masson.

Maldonado-Durán, M. i Lartigue, T. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 100-110. Recuperat de <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Trastornosdeansiedad.pdf>

Marcús, J. (2011). Apuntes sobre el concepto de identidad. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 5(1), 107–114. Recuperat de <https://www.intersticios.es/article/view/6330>

Markez Alonso, I., Póo, M., Meneses, C., Gil, E. i Vega, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(91), 37-61. Recuperat de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300004

Martínez Hernáez, Á. (2006). La mercantilización de los estados de ánimo: El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Política y Sociedad*, 43(3), 43–56.

Martínez Hernández, Á. (2008). *Antropología Médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Maruani, M. (2007). Tiempo, trabajo y género. En C. Prieto Rodríguez (Coord.). *Trabajo, género y tiempo social* (pp. 85–91). Madrid: Hacer Editorial-Editorial Complutense.

Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. New Jersey: Prentice-Hall.

Matamoros, A. (2011). La dominación masculina les ha permitido a los hombres amar líquido durante mucho tiempo. *Cuaderno de Materiales*, (23), 813–815.

Mayes, R. i Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249–267. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/7763046_DSM-III_and_the_revolution_in_the_classification_of_mental_illness

McDowell, L. (2000). *Gender, identity and place: Understanding feminist geographies*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

McSpurren, K. (1996). *The confines of feminine space: A cultural analysis of agoraphobia* (Tesis Doctoral). University of Waterloo, Ontario.

Menéndez, E. (1981). La automedicación y los medios de comunicación masiva. *Cuadernos Médico Sociales*, 15, 1-9. Recuperat de <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2015/04/n15a047.pdf>

Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464. Recuperat de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–83. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. Recuperat de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>

Menéndez, E. (2016). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu D'etnografia de Catalunya*, (3), 84-119. Recuperat de <https://revistes.urv.cat/index.php/aec/article/view/850/825>

Menéndez, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 58, 105–113. Recuperat de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lang=pt

Merton, R. K. i Barber, E. (2004). *Afterword: Autobiographic reflections on the travels and adventures of serendipity*. New Jersey: Princeton University Press.

Miller, D. i Slater, D. (2000). *The Internet: An ethnographic approach*. Osford: Berg.

Millet, K. (1970). *Política Sexual*. Madrid: Cátedra.

Monllor, O. (1975). *Ovidi a l'Olympia*. Barcelona: Edigsa.

Montes, M. J. (2010). Mujeres, reproducción y género: Encuentros asistenciales en el embarazo y el parto. En M. L. Esteban, J. M. Comelles i M. C. Díez (Eds.). *Antropología, género, salud y atención* (pp. 191-208). Barcelona: Bellaterra.

Moore, H. L. (2009). *Antropología y feminismos*. Madrid: Cátedra.

Moreno Sainz-Ezquerria, Y. (2016). *Reformulando la noción de sujeto desde el feminismo: De las propuestas teóricas a las prácticas artísticas* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Moreno, A. i Suárez, C. (2009). Las comunidades virtuales como nuevas formas de relación social: Elementos para el análisis. *Espéculo: Revista de estudios literarios*, (43). Recuperat de

<http://webs.ucm.es/info/especulo/numero43/covirtual.html>

Mulvey, L. (1975). Visual pleasure and narrative cinema. *Screen*, 16(3), 6–18. Recuperat de <https://www.asu.edu/courses/fms504/total-readings/mulvey-visualpleasure.pdf>

Nash, M. (2001). *Multiculturalismos y género: Un estudio interdisciplinar*. Barcelona: Bellaterra.

Nettleton, S. (2004). The emergence of e-scaped medicine? *Sociology*, 38(4), 661-679.

Nettleton, S., Burrows, R. i O'Malley, L. (2005). The mundane realities of the everyday lay use of the internet for health, and their consequences for media convergence. *Sociology of Health & Illness*, 27(7), 972-992.

Oakley, A. (1979). *Becoming a Mother*. New York: Schochen.

Olivares Rodríguez, J., Sánchez Meca, J. i Rosa Alcázar, A. I. (1999). Eficacia de las intervenciones conductuales en problemas de ansiedad en España. *Psicología conductual: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 7(2), 283–300. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/264974934_Eficacia_de_las_intervenciones_conductuales_en_problemas_clinicos_y_de_la_salud_en_Espana

OMS: World Health Organization. (1992). International statistical classification of diseases and eelated health problems (Tenth revision). Ginebra: OMS.

11 tips para volvero loco en la cama. (s.f.) Recuperat 7 gener 2018, de <https://www.cosmopolitan.com.mx/amor-y-sexo/como-ser-mejor-en-la-cama-consejos-posiciones-sexuales/>

Ordorika, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista Mexicana de Sociología*, 71(4), 647–674. Recuperat de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032009000400002

Pacheco, G. (2005). El concepto de salud mental. Recuperat 23 abril 2017, de <http://>

<http://www.psicomed.net/saludmental.html>

Papa Pintor, Y. (2019). Consejos para encontrar pareja. *Mejorconsalud.com*. Recuperat 5 febrer 2019, de <https://mejorconsalud.com/consejos-encontrar-pareja/>

Parsons, T. (1978). *Action theory and the human condition*. New York: Free Press.

Peinado Rodríguez, M. (2016). “Las mujercitas” del franquismo: Cómo enseñar y aprender un modelo de feminidad (1936-1960). *Estudios Feministas*, 24(1), 281–293. Recuperat de <https://www.scielo.br/pdf/ref/v24n1/1805-9584-ref-24-01-00281.pdf>

Pérez Orozco, A. (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: El caso de los cuidados*. Madrid: Consejo Económico y Social.

Pérez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía: Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Pesenti, J. C. i Araico, A. S. (2015). Estudio: “Salud mental e inclusión social, situación actual y recomendaciones contra el estigma”. Madrid: Confederación Salud Mental España. Recuperat de <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>

Pickersgill, M. (2014). Debating DSM-5: Diagnosis and the sociology of critique. *Journal of Medical Ethics*, 40(8), 521-525. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/259271637_Debating_DSM-5_Diagnosis_and_the_sociology_of_critique

Pine II, J. i Gilmore, J. H. (1999). *The experience economy*. Boston: Harvard Business School Press.

Pitts, V. (2004). Illness and Internet empowerment: Writing and reading breast cancer in cyberspace. *Health*, 8(1), 35–39.

Prior, P. M. (1999). *Gender and mental health*. New York: New York University Press.

Rabinow, P. i Rose, N. (2006). Biopower Today. *BioSocieties*, 1(2), 195–217. Recuperat de

<http://anthropos-lab.net/wp/publications/2007/01/rabinow-rose.pdf>

Radtke, H. L. i Stam, H. J. (1994). *Power/Gender: Social relations in theory and practice*. London: Sage.

Reuter, S. (2001). *"The very opposite of calm": A socio-cultural history of agoraphobia* (Tesis Doctoral). Queen's University, Kingston.

Reuter, S. (2006). (Re)Gendering panic: Towards a critical sociology of agoraphobia. *Women's Health and Urban Life*, 5(1), 45–74. Recueprat de <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/9399/1/reuter.pdf>

Rodríguez-Vigil, J. M. (2014). "Tradición asturiana de distinción": Una aproximación al estudio de los grandes almacenes Botas. *Liño*, (20), 109–124. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4744164>

Roelke, V. (1997). Biologizing social facts: An early 20th century debate of Kraepelin's concepts of culture, neurasthenia and degeneration. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21(4), 383–403.

Rose, N. (2019). *Our Psychiatric Future. The Politics of Mental Health*. Cambridge: Polity Press.

Ruiz Méndez, M. R. i Aguirre Aguilar, G. (2015). Etnografía virtual, un acercamiento al método y a sus aplicaciones. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 21(41), 67-96.

Sánchez Torres, W. C. i Ortiz Rendón, P. A. (2017). La netnografía, un modelo etnográfico en la era digital. *Revista Espacios*, 38(13). Recueprat de <https://www.revistaespacios.com/a17v38n13/a17v38n13p28.pdf>

Sandaunet, A-G. (2008a). A Space for suffering? Communicating breast cancer in an online self-help context. *Qualitative Health Research*, 18(12), 1631–1641.

Sandaunet, A. G. (2008b). The challenge of fitting in: non-participation and withdrawal from an online self-help group for breast cancer patients. *Sociology of Health & Illness*, 30(1), 131–

Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.

Siegel, S. (2001). *Safe at home: Agoraphobia and the discourse on women's place* (Tesis Doctoral). University of South Florida, Florida.

Simmel, G. (2011). *El conflicto de la cultura moderna*. Córdoba: UNC.

Solé, C. i Parella, S. (2004). "Nuevas" expresiones de la maternidad: Las madres con carreras profesionales "exitosas". *Revista Española de Sociología*, (4), 67–89. Recuperat de <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/64943/39353>

Sontag, S. (1990). *Illness as metaphor*. New York: Anchor books.

Soto Rodríguez, P. (2000). A modo de conclusión (las representaciones de la maternidad). En C.F. Montraveta (Ed.). *Las representaciones de la maternidad: debates teóricos y repercusiones sociales* (pp. 95–106). Madrid: I. U. de E. de la M. Universidad Autónoma de Madrid.

Stevenson, F., Hall, L., Seguin, M., Atherton, H., Barnes, R., Leydon, G., Pope, C., Murray, E. i Ziebland, S. (2019). General Practitioner's use of online resources during medical visits: Managing the boundary between inside and outside the clinic. *Sociology of Health & Illness*, (41), 65–81.

Stolcke, V. (2003). La mujer es puro cuento: La cultura del género. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, (19), 69–95.

Susser, M. (1973). *Casual thinking in the health sciences: Concepts and strategies of epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Szasz, T. I. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113–118.

Thompson, R. (2012). Looking healthy: Visualizing mental health and illness online. *Visual Communication*, 11(4), 395–420. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/275449601_Looking_healthy_Visualizing_mental_health_and_illness_online

Tirado, F. (2011). *Los objetos y el acontecimiento: Teoría de la socialidad mínima*. Barcelona: Amentia.

Tortella Feliú, M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (110), 62–69.

30 ideas contra la rutina en pareja. (s.f.). Recuperat 10 novembre 2016, de <https://www.cosmopolitan.com/es/sexo-amor/amor-pareja/a839/30-ideas-contra-la-rutina-en-la-pareja/>

Tucker, I. i Lavis, A. (2019). Temporalities of mental distress: Digital immediacy and the meaning of ‘crisis’ in online support. *Sociology of Health & Illness*, (41), 132–146.

Valenzuela, K. (2007). Colectivos juveniles: ¿inmadurez política o afirmación de otras políticas posibles? *Última Década*, (26), 31–52. Recuperat de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362007000100003

Velasco Martín, A. (1988). *Compendio de psiconeurofarmacología*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Venegas, M. del M. (2009). *La política afectivosexual: una aproximación sociológica a la educación afectivosexual* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada.

Venegas, M. del M. (2011). Un modelo sociológico para investigar las relaciones afectivosexuales. *Revista Mexicana de Sociología*, 73(4), 559–589. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/260774535_Un_modelo_sociologico_para_investigar_las_relaciones_afectivosexuales

Wakefield, J. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3), 373–388. Recuperat de <https://>

pdfs.semanticscholar.org/271e/0ab40754a8085ade38ed3db5eb41e44b040d.pdf?
_ga=2.194679535.3975164.1606929153-476703368.1576588851

Weeks, J. (1993). *El malestar de la sexualidad: Significados, mitos y sexualidades modernas*. Madrid: Talusa.

Wellman, B. i Gulia, M. (1999). Virtual communities as communities: Net surfers don't ride alone. En M.A. Smith i P. Kollock (Eds.). *Communities in cyberspace*. London: Routledge. Recuperat de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.28.4435&rep=rep1&type=pdf>

Wentzer, H. S. i Bygholm, A. (2013). Narratives of empowerment and compliance studies of communication in online patient support groups. *International Journal of Medical Informatics*, 82(12), 386–394.

Westphal, C. (1871). Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung. *Archiv Für Psychiatrie Und Nervenkrankheiten*, (3), 1138–1161.

Wittig, M. (1992). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Egales.

Yeshua-Katz, D. (2015). Online stigma resistance in the pro-ana community. *Qualitative Health Research*, 25(10), 1347–1358. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/272192906_Online_Stigma_Resistance_in_the_Pro-Ana_Community

Young, A. (1995). *The harmony of illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton: University Press

Zaballos Samper, A. i Peñaranda-Cólera, M. del C. (2015). El paciente experto 2.0 VIH: Molecularización, regímenes de vitalidad y nuevos ciudadanos crónicos. *Universitas Psychologica*, 14(5), 1763-1778. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5716443>

Zachar, P. (2000). *Psychological concepts and biological psychiatry: A philosophical analysis*. Amsterdam: John Benjamins.