

DOLER ES UN LOGRO COLECTIVO

Terapia narrativa de la dignidad para responder al
«trauma»

Ítalo Latorre-Gentoso

DOLER ES UN LOGRO COLECTIVO

Terapia narrativa de la dignidad para responder al «trauma»

Ítalo Latorre-Gentoso

© Ítalo Latorre-Gentoso, 2026

© Pranas Chile Ediciones, 2026

Todos los derechos reservados.

Mi intención es ilustrar de manera breve el cambio de dirección que pueden tomar las conversaciones si entendemos el doler como logro y no como patología, síntoma, estructura, daño o anormalidad. Una conversación nos lleva a la privatización del doler individual y a la intervención en los cuerpos dañados, muchas de las cuales suman ingresos para las farmacéuticas y la industria del bienestar. La otra nos lleva a conversaciones que honran la dignidad y los pasos individuales y colectivos que las personas están haciendo para inventar formas locales de justicia. La primera nos pone como expertos desinvolucrados del contexto de relaciones de poder y conocedores de los supuestos remedios o soluciones para las personas. La segunda nos invita a comprometernos con no obstaculizar los pasos que las personas están dando en la consecución de su seguridad y de su justicia, y al mismo tiempo a usar nuestros lugares de ventaja para unirnos a ese proyecto cada vez que nos sea solicitado, en otras palabras, a rendir cuentas del lugar de poder que estamos habitando.

9. Diagnósticos psiquiátricos y conclusiones psicologizantes como ficciones políticas

Yo trabajo con muchas personas con TLP: «se Terminó La Paciencia».
(ÍLG)

El diagnóstico psiquiátrico es un relato. No es una descripción neutral de algo que existe dentro de una persona. Es una construcción que organiza la experiencia de esa persona según categorías inventadas en contextos históricos, políticos y económicos específicos. Cuando digo ficción política no digo mentira. Digo invención con efectos de poder. Una ficción política es algo que no existe como verdad natural pero que, al ser sostenido por instituciones con

poder, empieza a funcionar como si fuera verdad y produce efectos reales en la vida de las personas.

La histeria fue una ficción política que sirvió para patologizar la sexualidad y el dolor de las mujeres durante más de un siglo. La homosexualidad fue una ficción política que estuvo en el DSM como trastorno mental hasta 1973. La disforia de género sigue siendo, para muchos manuales, una ficción política que patologiza experiencias de vida que no calzan con la norma binaria. En cada uno de estos casos, la ficción no fue desmontada por un descubrimiento científico, sino por luchas sociales y políticas que lograron impugnar el poder de quienes sostenían esa ficción.

Lo mismo ocurre hoy con el TEPT, con el trastorno límite de personalidad, con la depresión mayor, con el trastorno bipolar y con muchas otras categorías que se presentan como hallazgos clínicos cuando son, en rigor, acuerdos de comités que votan sobre qué entra y qué sale del manual. Esto no significa que las experiencias que esos nombres intentan capturar no sean reales. Significa que la forma de nombrarlas no es inocente. Cada nombre organiza una manera de responder, y muchas de esas maneras de responder sirven al protocolo patriarcal del silenciamiento.

Cuando a una mujer que está respondiendo a años de abuso se le diagnostica trastorno límite de personalidad, lo que ocurre es una taylorización de su experiencia. Se fragmenta su vida en criterios, se clasifican sus respuestas como síntomas, se le asigna una etiqueta que funciona como conclusión totalizante de identidad, y se organiza un tratamiento que apunta a regular sus conductas en lugar de cuestionar las relaciones de poder que produjeron esas respuestas. Todo esto en nombre de su bienestar. La persona no desaparece, pero queda reducida a un perfil de síntomas que se gestiona clínicamente, mientras el abuso, quien lo ejerció y las condiciones que lo hicieron posible quedan fuera del foco.

Mientras escribo este libro se anuncia una nueva versión del manual diagnóstico que, lejos de cuestionar estas premisas, parece perfeccionarlas y

sofisticarlas. Las categorías se refinan, los criterios se ajustan, los umbrales se recalibran, pero la lógica de base permanece intacta. El dolor sigue siendo leído como síntoma, la persona sigue siendo el territorio del problema, y las relaciones de poder que producen ese dolor siguen quedando fuera del diagnóstico.

Diagnóstico clínico y agencia relacional y distribuida

No propongo que eliminemos toda forma de discernimiento clínico. Propongo que distingamos entre dos operaciones muy diferentes. Una es el diagnóstico hegemónico, que totaliza la identidad de la persona, privatiza el dolor en su cuerpo y organiza respuestas que sirven al protocolo patriarcal del silenciamiento. Otra es el discernimiento colaborativo, que implica trabajar con la persona en la construcción de distinciones que le permitan dar nombre a lo que está viviendo, desde sus propios saberes y marcos de inteligibilidad, sin que ese nombre se convierta en una conclusión totalizante de identidad.

Un ejemplo. Si una persona me dice «creo que tengo depresión», yo no le digo que no la tiene ni le digo que sí la tiene. Le pregunto qué significa eso para ella, de dónde viene esa palabra, qué historia tiene esa palabra en su vida, qué hace esa palabra cuando llega a nombrar lo que está viviendo, si la ayuda a algo, si la aleja de algo. A veces esa palabra abre puertas. A veces las cierra. A veces la persona la necesita para acceder a un servicio o a una licencia médica y ese uso es legítimo y pragmático. Lo que me interesa es que la palabra no se vuelva la persona. Que «tengo depresión» no se convierta en «soy depresiva», que es el momento en que la ficción política ha completado su trabajo de colonización de la identidad.

Esto no es estructuralismo ni esencialismo. No estoy diciendo que hay una verdad oculta detrás del diagnóstico que habría que descubrir. Estoy diciendo que las personas pueden participar activamente en la construcción de los nombres que dan a sus experiencias, y que esa participación es en sí misma un acto

de agencia. El discernimiento colaborativo implica que la persona y su terapeuta construyen en conjunto un lenguaje que sirva para navegar la experiencia sin que ese lenguaje secuestre la identidad.

Psicofármacos y diagnósticos: una respuesta más, no la respuesta

Qué buena excusa han sido la dopamina y la serotonina para esconder las tecnologías que nos mantienen con adicción para el consumo.
(ÍLG)

Marta me cuenta que desde que tiene el diagnóstico de bipolaridad su vida cambió. Ha tenido colaboración de parte de sus papás, de su familia, le han creído sus dolores, sus dificultades para vivir. Además, este diagnóstico lo complementaron con un tratamiento psicofarmacológico con lamotrigina y con clotiazepam de emergencia.

Me dice que desde el diagnóstico sus papás le dejaron de decir floja, échale ganas, estás exagerando, eres muy hipersensible, tienes que adaptarte, el mundo no se va a adaptar a ti, las cosas no son a tu pinta. Empezaron a colaborar con su hijo, iban a su casa, le ayudaban, le ofrecían colaboración para que ella fuera a trabajar o hiciera el trabajo creativo que tenía que hacer. Por otro lado, desde que toma la lamotrigina y de vez en cuando algunos clotiazepam, ha sentido que su ánimo no cae a los lugares donde caía antes, y el clotiazepam le disminuye esta sensación de amenaza y de cortisol de sentir que está siempre en peligro.

Cuando Marta me cuenta esto, yo lo tomo muy en serio. Pero no lo tomo en serio pensando que la bipolaridad es una verdad ontológica de ella, ni que la lamotrigina y el clotiazepam regulan una falla neurobiológica que responde como argumento y como justificación a ese diagnóstico. Como ha dicho Vikki Reynolds, «las personas necesitan justicia, no solo medicación» (Reynolds, 2013b, p. 276; traducción propia).

Probablemente no voy a hablar acá de la complejidad de los psicofármacos, que ya está hablada en muchos otros lugares por personas que saben mucho más que yo del tema. Psiquiatras como Joanna Moncrieff, que ha cuestionado con rigor el mito del desequilibrio químico como explicación de la depresión y otras experiencias que se diagnostican como trastornos. Allen Frances, que presidió el grupo de trabajo del DSM-IV y después escribió una crítica demolidora a la inflación diagnóstica y la medicalización de la vida cotidiana. Peter Gøtzsche, que ha documentado los vínculos entre la industria farmacéutica y la producción de diagnósticos. Y Paul B. Preciado, que aunque no es psiquiatra ni es popular para estos fines, es de la camada de pensadores que más me hacen sentido, y que ha mostrado cómo la industria farmacéutica no solo responde a los problemas sino que los produce, cómo la píldora y el psicofármaco son tecnologías de producción de subjetividad en lo que él llama el capitalismo farmacopornográfico. Estas voces, entre muchas otras, han hablado de cómo los psicofármacos estructuran un contexto neuroquímico, de cómo la cultura psicofarmacológica es una industria tremenda, multiarchimillonaria, que requiere de los diagnósticos clínicos para vender sus productos como si fuesen arroz, pan o agua.

Yo solo me voy a quedar con lo siguiente. Los psicofármacos son una más de las posibilidades que tienen las personas para responder a aquello que les está dificultando la vida. Y los diagnósticos son ficciones políticas, nada más ni nada menos que historias, relatos, pero con una categoría de verdad ontológica, jurídica, social, política, identitaria, que por supuesto tiene efectos potentes en la vida de la gente.

El diagnóstico de Marta no me corresponde descalificarlo, ni minimizarlo, ni ponerlo en cuestión. No es mi rol decirle a Marta que su diagnóstico de bipolaridad es una ficción política. En este libro hay varias historias en las que los diagnósticos y las prácticas clínicas no tuvieron estos efectos posibilitadores sino todo lo contrario, historias en las que la ficción política del diagnóstico operó cerrando posibilidades, totalizando identidades y profundizando el daño. La historia de Marta me interesa justamente porque muestra el otro

lado, el más difícil de pensar críticamente, el que nos obliga a preguntarnos qué hacemos cuando la ficción política produce efectos que las personas valoran.

Mi rol como terapeuta, como quien está trabajando por la dignidad de Marta, es entender qué parte de este relato hegemónico dicho por un médico ha contribuido en su vida. Marta me habla de la colaboración de sus papás, me habla de que le creen, me habla de la legitimidad de su doler, me habla de la comunidad y las redes que pudo generar, me habla del antídoto a la culpabilización, al enjuiciamiento, al avergonzamiento, a la descalificación, a la humillación, a la disminución constante de sus capacidades que estaban antes del diagnóstico. Es una pena, claro, que un psiquiatra hombre heterocis, profesional, basado en saberes del DSM y otras herramientas creadas por allá por Europa y por gente de la cultura dominante, logre este objetivo. Pero más allá de mis luchas sociales, yo tengo que entender que para Marta este relato tuvo algunos efectos positivos que tienen que ver con la colaboración, con el antídoto al juicio, con la construcción de redes.

Yo a Marta le pregunto entonces por esto que este relato dominante hizo posible, pero que está en la dimensión de lo que Marta valora: la colaboración, el no enjuiciamiento, el poder construir redes, el que su voz tenga cierta validez cuando dice que algo le duele o le cuesta o no puede o que la sensibiliza más que a otras personas.

En estas historias con Marta ella me enseña que esta colaboración de los papás tiene efectos más poderosos que la lamotrigina y el clonazepam juntos. Se siente apoyada, se siente querida, se siente válida, le dan ganas de hacer cosas porque no está en su mente el discurso internalizado de que no vale o de que nunca lo va a lograr.

Por otro lado, la lamotrigina y el clonazepam juegan un rol importante también, pero no más que el chocolate, el café, el yoga, la meditación, el pilates, caminar por una playa, respirar, o vivir en un ambiente en el que no se prende el cortisol cada tres minutos porque hay alguna amenaza. De un hombre que amenaza con su mirada. De una calle que amenaza con su oscuridad.

De la mirada de un adulto que amenaza con juicio. De la mirada de un juez que amenaza con una condena. De la mirada de un grupo de pares que te hace sentir estúpida o tonta o insuficiente.

El psiquiatra y Bartolomé de las Casas

¿Para la psiquiatría es normal el odio a las minorías? ¿Por qué —ya que les encanta patologizar la vida entera— no se patologizan las lesbo-trans-gordo-homo-xeno-etc. Fobias? Bueno, no es tan pregunta lo mío. La respuesta es que el aparato psiquiátrico médico ha sido históricamente un pilar para sentar las bases y crear estos odios. Así se financian, de hecho.
(ÍLG)

El acto de diagnosticar opera desde el mismo tipo de aparato de verificación que describí a propósito de Bartolomé de las Casas. Más allá de las buenas o malas intenciones del psiquiatra, más allá de su pensamiento crítico e incluso de su conocimiento de las ficciones políticas diagnósticas, el acto de imposición discursiva y por lo tanto de verdad ontológica en el cuerpo de otra persona en desventaja para corroborar su humanidad o su desvío de la misma es un riesgo terrible. Porque la ficción dicha desde la boca institucional del psiquiatra se vuelve verdad, se vuelve incuestionable, y la persona corre el gran riesgo de cerrar sus posibilidades narrativas de multiplicar sus relatos y quedar sumida en un relato único que, más allá de si es o no útil en ciertas dimensiones, cierra todas las otras posibilidades de vida y de acción responsable, preferida y armónica con su cultura local.

No se trata de que el psiquiatra sea una buena o mala persona. Se trata de que el aparato de verificación que lo respalda le otorga a su palabra un peso que la persona que recibe el diagnóstico no tiene cómo contrapesar. Así como los pueblos indígenas no necesitaban que nadie verificara su humanidad, las personas que duelen no necesitan que nadie les diga qué tienen ni cómo se llama lo que les pasa. Pero el aparato funciona así: sin el diagnóstico no hay licencia médica, no hay acceso a fármacos, no hay colaboración de la familia,

no hay legitimidad del doler. La persona queda atrapada en un sistema que solo la escucha si acepta ser nombrada en los términos del sistema.

El problema de los psicofármacos no es el químico en sí mismo. El problema es que se suman como la forma de responder a ciertos problemas vinculados a estas ficciones políticas que se venden como verdades ontológicas. Son los diagnósticos psiquiátricos y las verdades psicologizantes de la identidad y la vida y las relaciones. Y los psicofármacos no se presentan como lo que realmente son: un químico que tiene efectos, igual que el alcohol, el chocolate, el café o lo que dije anteriormente.

Hay un problema con el psicofármaco también, que es que al darse por sentado no se vincula ni se habla ni se informa de los efectos llamados secundarios, que en realidad son efectos directos. La subida de peso, el desánimo, las pocas ganas de levantarse y todo lo que provoca, que muchas veces son luego diagnosticados como si fuera otro trastorno de personalidad de la persona. No se habla del nivel de adicción, no se habla de la dificultad para dejarlo, no se habla de lo que implica dejarlo, no se habla de lo que influye en la vida sexual, en la vida amorosa, en la vida creativa, en la vida laboral, en la vida relacional. Se diagnostica y se ordena en una receta como si fuese un antibiótico para una infección.

El problema no es el medicamento en sí mismo, ni el diagnóstico en sí mismo, sino el ámbito social y relacional de discursos y de estructuras que ponen todo esto en un entramado de verdad ontológica y de única opción o de opción verdadera para responder al doler de las personas.

Honrar el doler sin negar el sufrimiento

Aunque yo piense, y todo lo que vengo proponiendo se trate de que el doler es una expresión que necesitamos abrazar porque es una expresión llena de sabiduría, también entiendo que duele y que se sufre y que existe también, en paralelo muchas veces, la necesidad de bajar el volumen de este doler. Y que muchas veces nuestras conversaciones terapéuticas son un poco más lentas o

pueden demorar y que es necesario tener espacios de respiro y de calma. Y eso lo honro.

En las prácticas narrativas no nos definimos por lo que estamos en contra, sino por lo que proponemos. Lo que hacemos tiene más que ver con una mirada crítica de los efectos reales de todas estas prácticas que son prácticas políticas que se incrustan en los cuerpos y que producen subjetividades y producen ciertas realidades que van generando una cadena de acciones de las cuales no es tan fácil salir cuando la propia persona que lo está viviendo se identifica con la patología, se identifica con la medicación, se identifica con el problema. Y termina totalizando su identidad en el problema, cuestión que está justamente desafiada por la premisa de que la persona nunca es el problema, el problema es el problema.

Yo puedo honrar lo que el diagnóstico hizo posible en la vida de Marta, puedo honrar lo que la medicación hizo posible, pero no los voy a asumir como verdades ontológicas ni como soluciones únicas, sino simplemente como una más de las respuestas que las personas están dando para abrir territorios preferidos de acción, de vida, de identidad. Pero para eso necesito hacer un trabajo fuerte en relación a esto, ya que el poder ontológico que tienen todos estos discursos ha permeado la cultura occidental y a lo que se ha llegado a llamar salud mental de formas que son abusivas. Siempre y cuando entendamos la salud mental en su acepción de salud como obediencia y mental como cuerpo normalizado y clasificado.

Nuestro rol es desafiar el concepto de salud mental y proponer formas locales de invención de dignidad, de invención de libertad y de invención de formas subversivas de vivir que abran espacios para las personas en su expresión particular de la vida. Y para que en el mundo se abran espacios para una diversidad que no tenga que ver con la diversidad hegemónica, sino esa diversidad rara que proporcionan, por ejemplo, los artistas que tienen esta exención de poder ser más raros y que abren mundos completos, culturas completas de estéticas y de formas de entender y de vivir subversivas.

Desafiando la resiliencia y desarmando a sus tutores

Algunos creen —iba a decir «piensan», pero no da para tanto— que, porque «cambiaron» —concepto más complejo de lo que habitualmente se piensa—, las personas a las que abusaron deberían dejar de sufrir —un efecto esperado muy parecido al de los goles en el fútbol—. Y, si no, les dicen que es un problema de ellas, que, por algún tipo de debilidad —muchas veces diagnosticada por colegas de salud mental—, no logran «superar». La violencia abusiva es un problema de salud pública que no se ha decretado porque, si se hace, se cae el sistema económico y político en sus cimientos.
(ÍLG)

El concepto de resiliencia, tal como se ha popularizado, especialmente en base a las comprensiones estructuralistas de la identidad, ha tenido un impacto mundial. Su circulación excede con creces los campos de la salud mental y se ha instalado en el lenguaje cotidiano como una explicación casi automática frente a experiencias de sufrimiento, adversidad, pérdida o injusticia. Hoy se habla de resiliencia en la escuela, en el trabajo, en la política pública, en el coaching, en la autoayuda y en la vida cotidiana, muchas veces sin interrogar las condiciones que hacen necesario resistir.

La intención original de este concepto es comprensible y, en muchos sentidos, valiosa. La metáfora propone que las personas, al igual que ciertos materiales elásticos o resortes, pueden ser sometidas a altos niveles de estrés y luego retornar a un estado previo. En esta lógica, los llamados «tutores de resiliencia» cumplirían la función de facilitar ese retorno, operando como formas de apoyo, cuidado y colaboración social. No tengo desacuerdos con la colaboración social. Tampoco me interesa desestimar sin más las metáforas que, al menos en su propósito inicial, buscaron ofrecer esperanza a personas que han vivido condiciones de violencia, precarización o exclusión producidas por estructuras sociales profundamente desiguales.

Cuando pensamos la resiliencia desde la metáfora del umbral de elasticidad, la pregunta ética no es solo cuánto puede resistir una persona, sino qué es aquello que se mantiene intacto gracias a esa resistencia. Si las personas vuelven una y otra vez a su «estado inicial» después de cada golpe, cada abuso o cada injusticia, ¿qué pasa con las estructuras que producen esos golpes?

Cuando miramos con atención, lo que aparece con claridad es que las instituciones y sistemas que producen inequidad, desigualdad, explotación y marginación muestran una resiliencia extraordinaria. El neoliberalismo, la heteronormatividad cisgénero, el colonialismo racializador y sus múltiples tecnologías de poder han demostrado una notable capacidad para absorber denuncias, protestas, intentos de reforma y demandas de justicia sin llegar a romperse. Siguiendo a Paul B. Preciado, en diálogo con Michel Foucault y Achille Mbembe, podríamos decir que estas dinámicas forman parte de una lógica necrobiopolítica (Preciado, 2022, p. 93) que administra qué vidas importan, cuáles pueden ser dañadas y cuáles pueden ser sacrificadas sin consecuencias.

Estas estructuras tienen tutores de resiliencia altamente eficientes. Vemos denuncias públicas, movimientos sociales, intentos de justicia institucional, reformas parciales, discursos de reparación. Vemos mujeres y disidencias denunciando abusos y violencias en las calles, en el sistema judicial y dentro de las propias instituciones. Y aun así, el sistema dominante resiste. Se estira, absorbe, reconfigura, promete cambios y vuelve a su forma. El elástico no se rompe. Y el costo de esa resiliencia estructural se traduce en frustración, desesperanza, miedo, vergüenza, culpa, silenciamiento e indiferencia, afectos que operan como tecnologías de control y desmovilización.

Desde una ética de la justicia y la dignidad, el problema no es que las personas no sean suficientemente resilientes. El problema es que las estructuras de poder lo son demasiado. Por eso, más que promover la resiliencia como ideal terapéutico, me parece necesario interrogarla críticamente, desafiarla y, en ciertos casos, trabajar explícitamente por romperla. Esto implica identificar los umbrales en los que las instituciones hegemónicas se sostienen, desnudar a sus

tutores de resiliencia y exponer las condiciones que permiten la reproducción del abuso de poder.

La resiliencia, especialmente en sus versiones más difundidas, se articula con otra idea que de alguna manera la sostiene, la idea de un «verdadero yo» que habría sido dañado y que debería ser recuperado. La resiliencia asume así la existencia de un estado original, una forma auténtica o esencial de lo humano, y propone que, del mismo modo que ciertos materiales pueden someterse a tensiones y luego volver a su estado inicial, las personas podrían, mediante determinados procedimientos, retornar a esa supuesta naturaleza. Esta suposición abre una serie de preguntas políticas ineludibles. ¿Qué se entiende por lo verdaderamente humano y en qué momento de la vida se expresaría? ¿En la infancia, en la adultez, en la realización productiva, en la experiencia espiritual? ¿Quién define ese estado y desde qué posiciones de poder se establece lo que cuenta como humano, normal, sano o adecuado, y lo que queda del lado de lo desviado, lo anormal o lo enfermo?

Estas definiciones no han sido neutras ni abstractas. Históricamente, han sido producidas por regímenes de poder patriarcales, neoliberales y coloniales que han delimitado quiénes son reconocidos como plenamente humanos y quiénes quedan fuera de ese marco. Personas trans, mujeres, personas racializadas, pueblos originarios, personas empobrecidas, migrantes indocumentados, disidencias sexuales, personas que viven con VIH/sida y muchos otros colectivos han sido sistemáticamente ubicados en los márgenes de lo humano o en zonas de sacrificio, donde su humanidad es condicional, siempre susceptible de corrección, normalización o eliminación.

Decir «soy resiliente», «dejé de ser resiliente» o «necesito desarrollar resiliencia» es, en este marco, una forma de traducir respuestas históricas, relacionales y políticas en atributos individuales, borrando la intencionalidad que las orienta y el contexto de poder que las produce. Incluso cuando la resiliencia se nombra en relación con vínculos, redes o figuras de apoyo como los «tutores de resiliencia», el foco permanece puesto en activar o restaurar ese supuesto

mecanismo interno, y no en interrogar el abuso, la relación de ventaja ni la injusticia que hacen necesaria la respuesta.

El riesgo de esta metáfora es político e incide en toda estructura que se organice para responder a lo llamado trauma, incluida la clínica. En contextos de violencia estructural, contrapone adaptación con rendición de cuentas, recuperación con injusticia, capacidad personal con saberes locales y colectivos que sostienen la sobrevivencia como forma de agenciamiento político. Desde esta perspectiva, la resiliencia participa activamente en gobernar el sentido del dolor y las nociones de sanación, llevando la pregunta por el abuso hacia la gestión de la vida dañada.

Por estas razones, la metáfora de la resiliencia no forma parte de las comprensiones que orientan la terapia narrativa de la dignidad. Esta propuesta se distancia de toda ideología de la naturaleza humana entendida como esencia fija o estado original al que habría que retornar. En su lugar, retoma la noción de agencia desarrollada en la práctica narrativa, entendida no como una capacidad interna previa al mundo, sino como la posibilidad siempre situada de responder a lo que se vive. Las personas siempre responden, incluso en condiciones extremas, dando pasos, a veces mínimos, para cuidar aquello que consideran importante. Desde esta perspectiva, no se trata de volver a ser quienes éramos, sino de reconocer y honrar las respuestas que ya están ocurriendo frente al abuso, respuestas ancladas en historias sociales y relacionales, y en contextos materiales concretos.

Cuando trabajamos en contextos de psicoterapia, ya sea individual, familiar, grupal o comunitaria, no estamos acompañando únicamente procesos individuales. Estamos trabajando con personas que, muchas veces sin nombrarlo así, están intentando romper la resiliencia de las tecnologías de poder que inciden en sus vidas. Entender el dolor como un logro colectivo, como denuncia o como protesta, nos compromete con una responsabilidad ética adicional. No privatizar ese dolor. No devolverlo al aislamiento. No transformarlo en un problema individual que deba ser superado mediante adaptación o retorno a la normalidad.

Colectivizar las luchas, tanto material como simbólicamente, es parte del trabajo. Unir fuerzas allí donde las personas han sido empujadas a resistir solas, muchas veces bajo condiciones de aislamiento social que operan como tecnologías de silenciamiento. Sofisticar las quejas, las demandas y las denuncias para que no solo ayuden a sobrevivir, sino que también contribuyan a desestabilizar aquello que, hasta ahora, ha demostrado una resiliencia excesiva.

10. Tecnologías de silenciamiento y protocolo patriarcal

«Ciertamente, Claudine, hemos ganado, pero temporalmente. Bastará una crisis política, económica y religiosa para que los derechos de las mujeres, nuestros derechos, vuelvan a ser cuestionados. Durante toda vuestra vida deberán permanecer vigilantes» (de Beauvoir, como se citó en Monteil, 2011, p. 41).

Lo que sigue nombra algunas operaciones culturales, institucionales, familiares, jurídicas, clínicas, religiosas, mediáticas y conversacionales que intentan impedir que el dolor alcance forma de queja, denuncia, protesta, reclamo de justicia, memoria, rechazo, negativa o exigencia de rendición de cuentas. No las presento como una taxonomía cerrada. Las entiendo como tecnologías móviles del protocolo patriarcal, prácticas que organizan privilegio, administran credibilidad, desvían el foco y empujan a las personas a responsabilizarse por aquello que no produjeron.

Me interesa que sus fundamentos, sus capas, sus frases comunes y sus efectos se vuelvan distinguibles, porque muchas de estas prácticas se escuchan todos los días como consejos, bromas, diagnósticos, explicaciones familiares, prudencias jurídicas, interpretaciones psicológicas, sermones religiosos o llamados a la calma. Por eso son tan eficaces. Operan como sentido común. Desarmarlas exige escuchar de otra manera lo que parecía natural.