

Cristalizaciones discursivas en el campo salud mental: algunas observaciones a la luz de los estudios acerca de la medicalización

Por Gabriela Silvina Bru

Gabriela Silvina Bru. Licenciada en Trabajo Social Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Doctoranda en Ciencias Sociales (Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina). Centro de Investigación Alicia Moreau (Universidad Nacional de Mar del Plata)

El contexto de investigación de las reflexiones propuestas en este artículo

Actualmente, en el campo salud mental es posible observar algunas transformaciones en los discursos y orientaciones de los diversos actores que lo constituyen. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la ley 26657 de Salud Mental sancionada en el año 2010 (reglamentada por el decreto 603/2013) que adecua nuestra legislación a dicha Convención, y el Código Civil y Comercial (cap. II y X del libro I) que hace días entró en vigencia, son una muestra (normativa-jurídica) de estos cambios. Focalizándonos en la Ley 26657, ésta reformula las orientaciones en la salud mental al establecer una atención integral y multidimensional como un nuevo abordaje de la salud mental (art. 3, 8, 9, 12 y 15). Ante esa serie de cambios del orden de lo jurídico, es posible percibir una diversidad de perspectivas respecto de las nociones acerca del sujeto de intervención, y de las prácticas intervinientes, que contribuyen con la complejidad que caracteriza a este campo. En esta situación emerge nuestro trabajo de investigación que se propone analizar los procesos de producción de subjetividad en el campo de la salud mental a partir de un análisis de relatos (de personas con padecimiento mental crónico) y normativas (la ley de salud mental) en el contexto de la Curaduría Oficial de Alienados (de la ciudad de Mar del Plata).

Para abordar este problema de investigación, tomamos como fuente secundaria las normativas jurídicas nacionales (ley 26657 y reglamentación, Código Civil y Comercial), mediante su análisis documental. Y consideraremos como fuente primaria, los relatos de diferentes actores sociales, a saber: personas diagnosticadas con padecimiento mental crónico e declaradas insanas (representadas por la Curaduría Oficial-Departamento judicial Mar del Plata). La herramienta para abordar los relatos es la entrevista en profundidad, semiestructurada, partiendo de un conjunto de núcleos temáticos planificados previamente, y mismo así dando lugar a preguntas espontáneas introducidas por la dinámica de la entrevista. En este sentido los tópicos que consideramos cruciales para conocer como el sujeto se constituye son: las experiencias en relación con el padecimiento, las trayectorias y expectativas en relación a las prácticas biomédicas y dispositivos judiciales, y el sentido/relevancia que le atribuyen a las normas jurídicas. La muestra es definida por saturación. Consideramos como guía metodológica la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002) que constituye un estilo de investigación cualitativa mediante el cual los datos se construyen y comprenden desde la significación que le otorgan los actores. Implica crear categorías teóricas a partir de los datos y analizar las relaciones relevantes que hay entre ellas.

Los actores sociales claves de esta investigación, y que participan en las entrevistas, son aquellas

personas con padecimiento mental crónico e insanas, es decir, aquellos que fueron diagnosticados con enfermedades crónicas y fueron declarados insanos por motivo de enfermedad. Esto deriva en una serie de efectos en la subjetividad, entre estos, la necesidad de circular por tiempo indeterminado por instituciones biomédicas (a partir de un diagnóstico) y por instituciones judiciales (a partir de una sentencia de insania). Cuando mencionamos los efectos en la subjetividad, nos referimos a las diversas instancias o formas de gobierno a partir de las cuales se modela una forma de actuar-comprender-desejar el mundo. Reconociendo la diversidad de instancias de subjetivación que se pueden considerar para este análisis, resolvimos considerar: (1) *las nociones acerca del sujeto de intervención*, (2) *las prácticas biomédicas* y (3) *las prácticas judiciales*. Las primeras, acerca de las modalidades puestas en juego al momento de enunciarlo, describirlo (que se enuncia de quien procura intervención en salud mental). Las segundas, son aquellas vinculadas a los proceso de salud-enfermedad-atención (Menendez, 2003), es decir, las prácticas que suceden en la relación entre sujeto de intervención e instituciones de salud o sanitarias. A partir de las terceras, nos interesan las vivencias de los entrevistados en el contexto de las instituciones judiciales.

Una introducción a la noción de medicalización

Los estudios acerca de la medicalización

Considerando los estudios entre las ciencias sociales y la salud, la medicalización como proceso histórico es un tema amplio, que ha sido abordado desde múltiples campos y tradiciones de pensamiento. Surge como una mirada crítica en la segunda mitad del siglo XX, a partir de una serie de autores que buscan comprender la relación entre salud-enfermedad, sociedad y medicina.

Uno de los primeros antecedentes fue Illich (1975) que consideró el término medicalización para analizar cómo problemas de la vida eran tratados en términos de problemas médicos, es decir, como enfermedades, síndromes o padecimientos. En consonancia con esto, Williams y Calnan (1996) afirman que la medicalización implica las formas en que la jurisdicción médica se ha expandido de modo de abarcar muchos problemas que hasta entonces no habían sido definidos como problemas médicos (entre estos: embarazo, parto, dieta, normas de crianzas).

Los aportes de Conrad (1985) resultan nodales para la comprensión del fenómeno. Para el autor la clave de este proceso está en la definición de un problema en términos médicos, utilizando un lenguaje médico para describirlo y utilizando la intervención médica para tratarlo. El corolario de este fenómeno de medicalización es que “problemas no-médicos son definidos y tratados como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades o desórdenes” (Conrad, 1985: 209). Desde esta perspectiva, la enfermedad es el producto de un proceso político de toma de decisiones mediante el cual se buscan soluciones médicas para una variedad de conductas o condiciones desviadas -2-.

También Foucault ha estudiado estos procesos: “la enfermedad es en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado” (Foucault, 2006: 21). Este proceso implica no sólo que los sujetos y grupos vayan asumiendo dichos acontecimientos en términos de enfermedad, sino que pasen a explicarlos y atenderlos, en gran medida a través de técnicas y concepciones biomédicas. La medicalización constituiría una serie de procesos a partir de los que se da la definición cultural del ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de los trastornos que corresponden a la medicina, convocan a su intervención, y le exigen una práctica específica. Vemos que los cuerpos individuales y sociales son

campos de intervención, mediante procesos vitales que se vuelve culturalmente objeto de la medicina.

Desde la antropología médica Herzlich y Pierrent (1988) consideran que la experiencia individual de la enfermedad no es separable del conjunto de los fenómenos macrosociales. La enfermedad es una metáfora: el pensamiento acerca de la enfermedad, la búsqueda del sentido del mal, es siempre simultáneamente el pensamiento acerca del mundo y la sociedad. En efecto, los modos de vivir la cronicidad de los padecimientos, los modos de enfermar y de morir son variables históricas según las condiciones de vida de los conjuntos sociales.

Además, debemos aclarar, que los procesos de medicalización no solo delimitan el ámbito de las enfermedades. Incluye toda una serie de procesos vitales e intervenciones que no parte de la existencia de una enfermedad. Y en estos procesos también se define el territorio de la medicina que se dedica a otros campos que no son las enfermedades e interviene sin registrarse por la demanda de un paciente. Entre los ejemplos que podemos mencionar: la solicitud de un examen médico para el acceso a un trabajo, la pericia psiquiátrica de quien comete un delito, o mismo la sexualidad que es objeto de medicalización, y ni para el sujeto de intervención ni para el médico constituye una enfermedad. También la noción de salud y las intervenciones a nivel poblacional como el saneamiento de agua y las condiciones de vivienda dan cuenta de un campo de intervención médica más difuso, abierto y complejo que las enfermedades.

En este campo abierto y difuso la noción de medicalización se articula con la de normalización, ya que se activan instrumentos para delinear la normalidad. “Con la medicalización se llega a crear una especie de jerarquía de individuos capaces o menos capaces, el que obedece a una norma determinada, el que se desvía, aquel a quien se puede corregir, aquel a quien no se puede corregir, el que puede corregirse con tal o cual medio, aquel en quien hay que utilizar tal otro” (Foucault, 2014: 42). Menendez también retoma este aspecto, destacando que *los procesos de salud enfermedad atención* (SEA) son procesos universales que dan cuenta de la racionalidad sociocultural y donde se cristalizan relaciones de poder (Menendez, 1994, 2009):

- Universales: en todos los conjuntos sociales encontramos la existencia de padecimientos y la búsqueda de modos de comprender y significar estos, así como de prácticas para aliviar o resolver el daño específico. De modo que se trata de un proceso social universal dentro del cual se delinea colectivamente la subjetividad.

- Dan cuenta de la racionalidad sociocultural. El proceso SEA es una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones. Los padecimientos constituyen, en consecuencia, uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos, dando cuenta en ello de las relaciones de poder que operan en cualquier construcción social.

- En ellos se cristalizan relaciones de poder. La existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas, el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados, y la producción de instituciones que responden a dichas significaciones y controles colectivos son muestra de ello.

Para analizar estos procesos de medicalización se pueden observar diversos puntos/categorías: los *actores sociales* (que gestionan y configuran cada problema) y la *dirección* (el sentido que asume un proceso de medicalización), *los recursos* (técnicas y concepciones que se utilizan para definir un problema médico, las estrategias para atender el mismo), y *las transformaciones dentro de un problema medicalización* (por ejemplo: la quirurjización del parto o la molecularización de la

atención psiquiátrica). Esto quiere decir que es posible ingresar en la temática desde una multiplicidad de modalidades. A continuación nos interesa analizar las diversas orientaciones que pueden asumir los procesos de medicalización, que dan cuenta de la movilidad y permeabilidad de estos.

Permeabilidad de la medicalización: desmedicalización y biomedicalización

Es interesante destacar que los actores sociales que participan de estos procesos de medicalización van cambiando. Algunos decrecen mientras que otros se vuelven protagonistas. En esta diversificación de actores sociales, podemos mencionar la creciente intervención del mercado, y más precisamente de los laboratorios. Hoy las industrias farmacéuticas se convierten en actores principales de la medicalización. Mientras que otros actores, como los médicos, o los reformadores de leyes poseen menos influencia en las prácticas biomédicas (Conrad, 2005; Bianchi, 2014). El eje está puesto en la creación de mercados, inaugurando procesos más específicos.

Considerando esta especificidad que adquieren las prácticas biomédicas, basadas en la transformación tecno-científica de la biomedicina, de los aportes de las ciencias biológicas, y la centralidad de las nuevas tecnologías diagnósticas, de imagen, y medicina fundada en la evidencia, y su relación con los fármacos (fundamentalmente la industria farmacéutica), Clarke (2003) describe el pasaje de la medicalización -3- a la biomedicalización. Entre las características de esta última menciona: un paradigma basado en diagnósticos y tratamientos de riesgos, con énfasis en el control del estilo de vida y salud; el riesgo y la enfermedad son a nivel de los genes moléculas y proteínas; se funda sobre las transformaciones tecno-científicas biomédicas (molecularización, biotecnología, genetización, bioingeniería); heterogeneidad de fuentes y de la circulación de la información médica (ejemplo internet); nuevos actores y movimientos sociales, consumidores, empresas farmacéuticas; el cuerpo recibe un tratamiento personalizado.

Observando las diversas direcciones que pueden asumir los procesos de medicalización, y luego de dar cuenta de la biomedicalización, podemos retomar la desmedicalización. Conrad (2007) expresa que cuando un problema deja de definirse como médico, y las intervenciones médicas ya no son más percibidas como adecuadas nos encontramos ante procesos de desmedicalización. Entre los elementos intervinientes encontramos el desarrollo de la bioética, el auge del principio de autonomía y derechos del paciente, la judicialización de las decisiones biomédicas, la iniciativa cada vez mayor de juicios de mala praxis, el desarrollo de la medicina alternativa, la humanización de los procedimientos que quedaban exclusivamente a cargo del dispositivo médico y policial (ejemplo: internaciones) y la búsqueda de conocimiento técnico por parte de grupos de pacientes que se asesoran sobre su padecimiento (gracias al círculo de información/internet).

Y podemos ampliar aún más el ámbito de las intervenciones del padecer, considerando aquellas que contribuyen con la desmedicalización de ciertos procesos y su inserción en otros ámbitos, o bien intervenciones atravesadas por procesos híbridos donde se combinan prácticas biomédicas y terapéuticas externas a estas. Algunas de las prácticas que dan cuenta de esto son: la combinación de prácticas biomédicas y diferentes formas de psicoterapia individual, grupal y comunitaria; las prácticas de tipo “tradicional” expresadas a través de curadores especializados (ciertos santos o figuras religiosas, de diversos cultos); alternativas paralelas o new age (sanadores, bioenergéticos); prácticas devenidas de otras tradiciones médicas académicas (acupuntura, medicina ayurvedica); centradas en la autoayuda como grupos organizados y orientados por las personas que padecen o co/padecen algún tipo de problema (Menendez, 2009).

Esta descripción da lugar a pensar la permeabilidad del territorio medicina, las variaciones en sus límites exteriores, y como los objetos que son posibles de medicalizar van variando. En el siglo XXI aspectos que no se creían medicalizables se han transformados en objetos de intervención de la medicina. Hoy los procesos de desinstitucionalización en el campo salud mental que van de la mano de tratamientos ambulatorios, son posibles gracias a procesos biomedicalizados mediados por el uso de psicofármacos que operan sobre el padecimiento de manera química. De modo que otros saberes intervienen en los procesos de salud-enfermedad de los sujetos de intervención, pero no son procesos exteriores a la medicina sino gestados también allí.

Un análisis del campo salud mental: medicalización, formación discursiva y padecimiento psíquico

La vitalidad de la noción de medicalización se puede observar en los diversos modos en que se ha significado el sujeto de intervención en el ámbito salud mental. Este, entendiéndolo como enfermedad, padecer o trastorno, ha sido objeto de sucesivas construcciones y miradas.

Para este análisis encontramos como mediación teórica pertinente la noción de formación discursiva. El uso de esta noción es tan poco restringido, que su plasticidad hace necesario un cierto tipo de definición, de recorte asociado puntualmente al objeto de investigación concreto. Este recorte no significa cerrar la posibilidad de nuevas categorías, sino más bien generar un punto de partida para luego mediante las estrategias proporcionadas por la teoría fundamentada darle cuerpo y matices a la superficie discursiva (elementos constituyentes de la formación). Para dar cuenta de esta noción nos valemos de autores como Foucault (1986) y Maingueneau (2008), y fundamentalmente de Faraone (2013) y Murillo (2012) que retoman esta herramienta teórica para comprender diversos problemas del campo salud mental -4-.

La noción de formación discursiva tiene lugar para designar conjuntos de enunciados que pueden relacionarse con un mismo sistema de reglas históricamente determinadas que compiten en un campo. La superficie discursiva constituye el conjunto de enunciados que pertenecen a una formación discursiva, y en ella podemos observar enunciados (que siguen ciertas reglas de formación), encadenamientos entre estos (formas de relacionarse), y estrategias (las incompatibilidades). Un ejemplo interesante que proporciona Foucault (1986) para dar cuenta de este tipo de análisis es su referencia al poder psiquiátrico y la unidad discursiva locura. Este objeto no se basa sobre la existencia del objeto locura, sino que observa: el juego de las reglas que hacen posible durante un periodo determinado la aparición del objeto, las medidas de discriminación y de represión que recortan dicho objeto, las diferenciaciones cristalizadas en la práctica cotidiana, en la jurisprudencia, en el diagnóstico de los médicos, en las descripciones patológicas, en las recetas de medicación, de tratamiento y de cuidados.

A continuación nos interesa dar cuenta de algunas de construcciones discursivas del sujeto de intervención del campo salud mental (basadas en procesos sociales, de orden económico, de instituciones y prácticas de poder) que desde nuestra mirada actuaron como cristalizaciones (y en este sentido indican las direcciones) de los procesos de medicalización en este ámbito.

Cristalizaciones de la medicalización en el campo salud mental

Una instancia molar-alienista: la enfermedad mental

Entre las direcciones que han asumido los procesos de medicalización en el ámbito salud mental,

la primera modalidad es la enfermedad mental, mediante el alienismo -5-. Este es el primer modelo de la medicina mental a partir de lo cual el hecho vital asociado al padecer se corre de otras esferas (religiosas por ejemplo), y se inserta en la atención biomédica, basado en la búsqueda de la objetividad de los criterios médicos para definir la enfermedad en una racionalidad clínica. La noción de enfermedad mental se encuentra asociada al modelo médico hegemónico (Menéndez, 1999) que da lugar a la instauración de un corpus de conocimiento e instituciones biomédicas que contribuye con la constitución del concepto.

La doctrina alienista instauró la noción de enfermedad mental e hizo del “loco” un sujeto curable. Entre la serie de cuestiones que atraviesan esta instancia alienista, mencionaremos algunas (Castel, 2011; Vezzetti 1985; Foucault, 2007):

- Se impuso la observación metódica y el seguimiento de la evolución del enfermo en un espacio de acción restringido.

- La sintomatología, organización nosográfica de las enfermedades mentales que permite formalizar los datos.

- La preponderancia de las causas morales (hasta entonces no había una distinción entre lo físico, lo mental y lo moral). Aunque en la institución asilar para el abordaje moral se consideraba pertinente la fijación física -6-.

- El desarrollo de una práctica asilar, con el manicomio como institución principal. Es construido para estar sistemáticamente controlado y por sí mismo cura: “el asilo convenientemente organizado constituye para ellos, los enfermos, una verdadera atmosfera medica: su acción incesante es casi imperceptible, pero ellos la respiran por todos los poros y los modifica, al menos tanto como son modificables” (Falret, en Castel, 2011: 93).

- La imposición de una relación de poder entre médico y enfermo: “El médico debe ser el principio de vida de un hospital de alienados. A través de él todo debe ponerse en movimiento; él dirige todas las acciones, está llamado a ser el regulador de todos los pensamientos” (Esquirol, 1818: 227; en Foucault, 2012: 143).

Como respuesta a esta configuración de la enfermedad mental e inspiradas en los estudios de Foucault acerca de la normalización de los cuerpos, surgen posiciones radicales en relación a la medicalización del padecer psíquico, que podemos agrupar con el nombre de *teorías del etiquetamiento*. En estas convergen las posiciones de Laing, Scheff, Szasz y Basaglia, que consideran su instrumento profesional (la psiquiatría) como forma de etiquetamiento y de constitución de enfermedad mental. Esta perspectiva supone la enfermedad mental como contextual. EL proceso de etiquetamiento aparece como una producción social que implica necesariamente reconocer la desviación de la diferencia como su control y cura. Las instancias ideológicas, sociales y técnicas conforman una unicidad que es lo que instituye estos procesos de etiquetamiento, a partir de lo cual lo diferente es lo negado como anormal o ubicado como enfermo. Scheff es la expresión más ortodoxa de esta teoría: “la enfermedad mental es un status social, no una enfermedad, pues los síntomas de la enfermedad mental se hallan vagamente definidos y ampliamente distribuidos y la definición de la conducta como sintomática de enfermedad mental depende de contingencias sociales antes que médicas” (Scheff, 1973 en Menéndez, 1979: 30). Szasz, en la misma perspectiva, afirma que la sociedad occidental está controlada por la ciencia médica, y la medicalización es su estrategia semántica y social. Para el toda problemática de la enfermedad mental cabe dentro del etiquetamiento y este se relaciona a su vez con el proceso de psiquiatrización de la sociedad y de las relaciones sociales. El etiquetamiento

supone la aceptación de la enfermedad mental como contextual y que esa contextualidad implique al conjunto de técnicas y relaciones sociales que operan en especificidad. Desde esta perspectiva, toda psiquiatría es el instrumento que etiqueta, la enfermedad no existe y el diagnóstico es un mito.

Por su parte Basaglia (1963), que se distingue dentro de este espectro de teoría porque encuentra el determinante de la desviación en la estructura económica y productiva, considera que la enfermedad mental es un mecanismo de segregación social, y los elementos contextuales que inventan el padecer son la estructura económica y productiva. Esta aparecerá como determinante de la desviación, como la que impone las reglas. Poniendo foco en la estructura productiva, afirma que la posibilidad de inserción ocupacional define la demanda en salud mental, es decir, que la marginación ocupacional sería el factor del etiquetamiento.

Esta búsqueda de objetividad e intervención fue variando a lo largo de la historia de la intervención biomédica-psiquiátrica. Mientras que las primeras intervenciones consideraban la instancia molar-física de la enfermedad, los desarrollos actuales en neurociencias y genética facilitaron procesos de biomedicalización. En estos se enmarca la siguiente construcción discursiva asociada a la noción de trastorno, que encuentra otros actores donde encarnarse.

Una instancia molecular: el trastorno

Rose (2012) analizando las políticas de la vida contemporáneas da cuenta de algunas transformaciones en el ámbito de la salud, y entre estas, identifica el pasaje *de lo molar a lo molecular*. Este pasaje nos permite comprender una segunda dirección de la medicalización de la salud mental. La escala molar de la mirada clínica, focalizada sobre el cuerpo en tanto sistema viviente unificado orgánicamente, cede terreno a un estilo de pensamiento molecular. La vida a partir de las nuevas tecnologías, se torna en un set de mecanismos vitales inteligibles, entre entidades moleculares que pueden ser identificadas, aisladas, manipuladas, movilizadas e intervenidas, y que no están constreñidas por la aparente normatividad de un orden vital natural (Rose, 2012). La molecularización inscribe un cambio en la corporalidad del poder psiquiátrico: una nueva localización anatomopatológica, una corporalidad molecular. Las transformaciones actuales en el campo de la biomedicina y fundamentalmente en las disciplinas ocupadas de la salud mental focalizan las intervenciones sobre nuevos cuerpos: nuevos cuerpos moleculares.

Esta dirección de la medicalización se puede cristalizar en la noción de trastorno como aquella que incorpora/contempla los aspectos moleculares del sujeto de intervención. La categoría de trastorno “ubica al sujeto de la intervención en salud mental como portador de síndromes o trastornos mentales, redefiniendo así la propia noción de enfermedad mental” (Faraone, 2013: 35). Es posible abordar a diagnósticos en base a criterios moleculares y delinear prácticas de intervención mediadas por procesos neuroquímicos.

Entre los procesos que facilita el pasaje molar/molecular, también podemos visibilizar las mutaciones en los manuales de psiquiatría, que proporcionan categorías difusas de trastorno, y la proliferación de intervenciones químicas asociadas a cada diagnóstico. De modo que vemos como no solo la biomedicina interviene diagnosticando, sino que recurre a una herramienta devenida de la industria farmacéutica para aliviar o resolver aquel trastorno.

Todos los caminos que pasan por el cerebro parecen conducir al uso de psicofármacos: hay normas, valores y juicios específicos internalizados en la idea misma de estos fármacos. “Las drogas mismas plasman e incitan formas particulares de vida” (Rose, 2012: 410) y esos efectos redefinen los modos en que especialistas y legos interpretan su mundo y hablan de él. Esta lluvia de

transformaciones da lugar a configurar un *modo de explicación de la discapacidad mental neurocerebral*.

Pavarini (1994) realiza una distinción interesante. Para el la noción de trastorno refunda nuevas formas de medicalización y reconfigura los mecanismos de control: pasando de los dispositivos duros centrados en la institución asilar, a mecanismos blandos basados en estrategias extramurales. Siguiendo al autor, la noción de trastorno no tiene límites precisos y posibilitan nuevas prácticas difusas: se reinterpreta lo normal y la desviación.

Una instancia social: el padecer

La noción de padecimiento busca otorgar visibilidad a situaciones que no han sido consideradas en las nociones de salud mental ya comentadas. El sufrimiento psíquico se vincula con el tejido social en el sentido de entender el padecimiento no restringido a la noción de enfermedad, ni a la de trastorno. Corriéndose de las marcas biológicas de las nociones ya descritas, la idea de sufrimiento psíquico (Augsburger, 2002, 2004; Galende, 2006) busca resaltar los procesos históricos y culturales del sujeto de intervención del campo salud mental. La incorporación de este concepto y su distinción de la patología mental y de trastorno recupera el carácter procesual e histórico del sujeto, en vez de delinear los conflictos de la vida cotidiana y de las relaciones sociales como patologías. Entre aquellas perspectivas que buscar recuperar el carácter histórico del sujeto de intervención de la salud mental encontramos, lo que algunos autores denominan: el modelo social de producción de discapacidad (Palacios, 2008; Angelino, 2009).

De acuerdo a Rose (2012) esta instancia social del objeto de intervención del campo salud mental, comparada con la instancia molecular, tiene menor implicancia en las prácticas de la salud. El autor observa que en las políticas contemporáneas de la vida se produce un pasaje de lo psíquico a lo cerebral: la patología mental no es más que la consecuencia conductual de un error o anomalía identificable y corregible en alguno de los elementos que ahora se identifican como aspectos del cerebro orgánico. La biografía, en este análisis, queda sujeta a la instancia molecular, ya que los efectos biográficos son relevantes pero estos se ejercen a través del impacto en el cerebro. Esta categorización estricta es un punto de debate, por lo menos en nuestro contexto local. En este, si bien el régimen de legitimación de las prácticas biomédicas se orienta mediante el enlace trastorno-psicofármacos, también se recupera la idea del sufrimiento psíquico, haciendo énfasis en la experiencia histórico-social del padecer. Una de las hipótesis al respecto, tiene que ver con la fuerte influencia del psicoanálisis en las practicas del padecer en la constitución del campo salud mental en nuestro país (Mantilla, 2014).

Consideraciones

Recorrimos los estudios de los padeceres que consideramos más significativos, poniendo foco en la temática medicalización, e intentamos realizar el ejercicio de identificar las direcciones de medicalización en el ámbito de los padeceres psíquicos. Esto, nos permitió abordar las nociones en las que se cristaliza la híbrida idea de salud mental, dando cuenta que esta es móvil, y que no desempeña el papel de una figura que detiene el tiempo y lo congela, más bien delinea una determinada regularidad que le es propia a una serie de acontecimientos discursivos. El objetivo no era debatir acerca de cuál sería la mejor noción para referir al sujeto de intervención, sino más bien, dar cuenta de las cristalizaciones que marcan caminos de medicalización, y que se basan en diversos objetos (nuevos tipos de individuos, nuevos comportamientos, nuevas patologías por

ejemplo) y conceptos (nuevos edificios teóricos). Es importante detectar las limitaciones de la construcción y delimitación de las subjetividades comentadas: son construcciones metodológicas en las que encontramos capacidad operativa. *“La realidad a estudiar es casi siempre más compleja que lo que pensamos (...) Más aún, solemos utilizar los conceptos no como instrumentos que nos orientan a pensar la realidad en términos teóricos, sino como si dichos conceptos fueran la realidad. Todo concepto constituye una construcción teórico/metodológica, que posibilita describir y analizar las realidades complejas, en la medida que asumamos que lo que estamos usando son justamente construcciones metodológicas”* (Menéndez, 2011: 43).

Esto significa que el ejercicio de purificación es solo una instancia analítica para reflexionar respecto de la temática, y que las subjetividades discursivas descritas no suceden de manera excluyente. En un mismo proceso de salud mental-enfermedad- atención, el sujeto puede articular diversas estrategias para comprender y aliviar su padecer. Esto, nos permite ampliar el espectro de prácticas de atención, más allá de las biomédicas, dando cuenta que los sujetos y grupos utilizan diversas formas de atención respecto de sus padeceres. Asimismo, es importante resaltar que la variedad de estrategias en los procesos de atención y las posibles articulaciones entre estas es un rasgo impulsado generalmente por los sujetos, y no por los curadores profesionales. Son los sujetos y grupos sociales quienes las sintetizan, articulan, mezclan o yuxtaponen en actividades de autoatención.

Bibliografía

ALVES, Paulo César. La experiencia de la enfermedad: consideraciones teóricas. Revista Saúde Pública [online]. 1993, vol.9, n.3, pp. 263-271.

ANGELINO, M.A. y ROSATO, A. (coords). (2009). Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit. Ed. Noveduc. Buenos Aires.

BASAGLIA (2006) Escritos seleccionados en salud mental y reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond.

BIANCHI, E. (2012). Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 10 (2), pp. 1021-1038

BRU, G. (2014) Producción de subjetividad: un modo para comprenderla complejidad de las prácticas en el campo de la salud mental. En Revista Debate Público. Edición Noviembre 2014.

CABRAL BARROS, J.A. (2008) Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência & Saúde Coletiva*. 13(Sup): 579-587.

CASTEL, R. (2011) El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo. Edit. Nueva Visión, Buenos Aires

CONRAD, P. (1985) Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby, D. (comp.) *La política de la salud mental* (pp. 129-154). Barcelona: Crítica.

FARAONE, S (2013) Reformas en Salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. En Salud mental y comunidad. Año 3, N° 3 - Diciembre de 2013.

FARAONE, S; BARCALA, A. y otros (2009) La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/ medicamentación en la infancia. En revista Margen. Edición N° 54 - junio 2009

FOUCAULT, M. (1998) La voluntad de saber en Historia de la Sexualidad I. Edit. Siglo XXI. México

_____ (2007) El poder psiquiátrico. Edi. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires

_____ (2006) La vida de los hombres infames. Edit. Altamira.

_____ (1986) La arqueología del saber. Edit. Siglo XXI. México

LE BRETON, D. (2002) Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión.

MAINGUENEAU, D. (2008) Términos Clave del Análisis de Discurso. Edit. Nuevas visiones Buenos Aires

MANTILLA, M. (2014) Nuevas teorías, prácticas y transformaciones contemporáneas: Las ciencias del cerebro desde las ciencias sociales. *REDES Revista de Estudios Sociales de la Ciencia*.

MENENDEZ, E. (1979) Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica. Edit. Nueva Imagen. México

_____ (2009) De sujetos saberes y estructuras, Edi: Lugar editorial. Buenos Aires.

_____ (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. EN Ciencias y Saude Coletiva. 8 (1): 185-207. 2003

MURILLO, S. (2013). “La medicalización de la vida cotidiana”. Revista de la Facultad de Ciencias Sociales-UBA, 83, 44-49.

_____ (2011) Estado, sociedad civil y gubernamentalidad neoliberal. En Revista Enramados y perspectivas de la carrera de Sociología Vol. 1, No. 1. Junio de 2011. Pags. 91/108.

RODRIGUEZ ZOYA, P. (2010) La medicalización como estrategia biopolítica En revista: A Parte Reí. Revista de Filosofía; Lugar: Madrid; Año: 2010 vol. 70 p. 1 - 27

ROSE, N. (2012) *Políticas de la vida: Biomedicina, Poder y Subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: Unipe.

SINGER, M (1990) Reinventando la antropología médica: hacia un realineamiento crítico. En Revista Soc. Sci. Med. Vol 30. N 2 pp. 279-287

VEZZETTI, H. (1985), La locura en la Argentina. Edit. Paidós. Buenos Aires.

Notas

-1- Su trabajo realizado desde la sociología médica se ha interesado por investigar como la medicina moderna es significada en las tramas narrativas legas, y como difieren las perspectivas legas en relación a la biomedicina.

-2- Desde un enfoque interaccionista investiga la medicalización de la conducta desviada. Es decir. las definiciones cambiantes de la desviación y las consecuencias de estos cambios en la sociedad norteamericana. Le interesan los cambios en las designaciones dominantes de la desviación de categorizar morales, o legales a categorías médicas, es decir, como ciertas conductas llegan a ser definidas como desviadas y como comienzan a ser designadas como una forma

particular de desviación y no como otra.

-3- Entre las características de la medicalización menciona: que se basa en un paradigma de diagnóstico-tratamiento de enfermedad; las enfermedades son conceptualizadas a nivel orgánico y celular; las intervenciones tecnológicas y corporales; existe un control profesional sobre la producción y distribución del conocimiento médico; las intervenciones son guiadas por la profesión médica; y el cuerpo es objeto de tratamientos universales.

-4- Faraone (2013) que analiza las nociones de enfermedad, padecimiento y trastorno. Murillo (2012) analiza las formaciones discursivas que dan cuenta de los procesos subjetivación del neoliberalismo, entre ellas la psiquiatría biológica. Ambas autoras son un antecedente clave para la elaboración de este trabajo.

-5- El alienismo como corriente de intervención en la salud mental surge a fines del siglo XVIII y principio del XIX, respondiendo a un modelo higienista y filantrópico de la asistencia que avala las consignas de orden y progreso proclamadas por el Estado moderno-burgués. Algunos referentes de esto fueron Pinel, Esquirol, Haslam y Fodere.

-6- Entre los instrumentos que surgen en los hospitales en la primera mitad del siglo XIX podemos mencionar toda una tecnología del cuerpo (Castel, 2011, Foucault, 1998, 2007; Vezzetti, 1985): la silla fija (fijada a la pared a la cual se ataba a la persona, la silla móvil, que se movía al compás de la agitación del enfermo), las esposas, los manguitos de fuerza (que están compuestos por una pieza de tejido que une las manos sobre la delantera del cuerpo), la camisa de fuerza (inventada en 1790 por Guilleret, una camisa de tela fuerte abierta por detrás y con largas mangas que se entrecruzan por delante y se unen en la espalda inmovilizando los brazos, el traje con forma de guante (que apretaba el cuello del individuo y lo ceñía a fin de que mantuviera las manos contra los muslos), los féretros de mimbre (en los cuales se encerraba a los individuos, consistía en una caja del largo de un hombre en la cual el enfermo se tiende sobre un colchón) y collares de perro con punta bajo el mentón.

-7- En Argentina la noción de enfermedad mental, transforman el marco inicial filantrópico y de caridad religiosa que tenían los primeros manicomios. El dispositivo psiquiátrico se constituye a partir de fines de 1880, con el avance de los trabajos de Meléndez y Ramos Mejía. La facultad de medicina de Buenos Aires se crea en el año 1853, y es en 1886 que se abre la cátedra de enfermedades mentales a cargo de Meléndez. Este hecho resulta relevante, pues inicia el desarrollo de la medicina mental argentina y lo hace desde una perspectiva alienista pineleana. Melendez en consonancia con las ideas antes recorridas, no buscaba solo definir una grilla de clasificaciones, sino elaborar una observación metódica y seguimiento de la evolución de la enfermedad.

-8- Un elemento que destacamos de la teoría del etiquetamiento es que permite reconocer las cuestiones del padecer psíquico como parte de un proceso más genérico de etiquetamiento social. Sin embargo, este enfoque da cuenta parcial de determinados fenómenos ya que reduce procesos diversos al solo condicionamiento social y estructural. Entre los aspectos más interpelados vale mencionar: la negación de la locura o de su transformación en mito, y el carácter unilateral e intencional que caracterizaría a los procesos de psiquiatrización. Insistiendo en esta revisión, Pecheny y Mazelli (2003) consideran que el reconocimiento del carácter social de fenómenos como la salud mental llevo a muchos a pensar que lo natural es pura construcción social. Ante esto, afirman que la reciprocidad de causalidades entre lo biológico y lo social no implica invertir el orden de la tradicional relación causal.