

Subjetividad, biopolítica y cuerpo: reflexiones acerca de las prácticas de atención en el campo salud mental

Subject, biopolitic and body: reflexions about care practices in the field of mental health

Gabriela Bru *

Universidad Nacional de Mar del Plata - CONICET, Argentina
gabrielasilvinabru@hotmail.com

Resumen

El trabajo que presentamos se desarrolla en el marco de una investigación cualitativa que tiene por objetivo analizar los procesos de producción de subjetividad en el campo de la salud mental a partir de un análisis de relatos de actores sociales y normativas jurídicas en el contexto de la ciudad de Mar del Plata. Desde que comenzamos el recorrido de investigación pudimos concretar diez entrevistas realizadas a personas con sufrimiento mental crónico, diagnosticadas hace más de veinte años. En el presente artículo, proponemos identificar algunos de los procesos de producción de subjetividad que se gestan en el campo de la salud mental. En este sentido, introduciremos brevemente la temática de nuestra tesis. Luego comentaremos la perspectiva teórica que asume el trabajo. Y finalmente daremos cuenta de la vitalidad del andamiaje teórico-metodológico colocándolo en diálogo con las prácticas de atención devenidas de las primeras entrevistas realizadas hasta entonces. Consideramos que analizar las prácticas en relación al padecer psíquico crónico, nos permite comprender las modalidades a partir de las cuales se constituyen las subjetividades en el campo de la salud mental.

Palabras clave: Biopolítica; Cuerpo; Subjetividad; Prácticas de atención; Salud mental.

Abstract

We have done this paper in the context of a qualitative research. The objective is to explore the subjetivation's process in the field of mental health, starting from narratives of diferent social actors and laws in the context of the city of Mar del Plata. In this way it was possible carry out ten interviews with people with chronic mental illness. In the text we are going to try show some subjetivation's process in the field of mental health. In the first place, we are going to analyce the topics of our thesis. Then we are going to explain our theory perspective. And finally, we are going to think about the care practices built in the narratives. We think the practices are fundamental because they allow us to watch the subjetivation's process in the field of mental health.

Keywords: Subject; Biopolitic; Body; Care practices; Mental Health.

* Licenciada en Trabajo Social UNMDP. Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA). Centro de Investigación Alicia Moreau (UNMDP).

Subjetividad, biopolítica y cuerpo: reflexiones acerca de las prácticas de atención en el campo salud mental

Definiciones claves de la investigación

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. Esto trae consigo nuevas conceptualizaciones (una concepción integral de la salud y de los mecanismos de intervención, la internación de carácter subsidiaria, la curatela tiene carácter provisorio), nuevas orientaciones (abordaje interdisciplinario en el proceso de intervención y para declaraciones judiciales, abordaje intersectorial, ruptura con la hegemonía médico-psiquiatra; igualdad de condiciones entre diversos profesionales y horizontalidad de las profesiones), diferentes formas de vinculaciones entre los diversos actores sociales del ámbito (miembros de la comunidad, familia, trabajadores de la salud, organizaciones no gubernamentales y asociaciones de usuarios) y una reforma de las instituciones clásicas del área (sustitución del régimen asilar por otros dispositivos, tratamiento ambulatorio y abordaje comunitario).

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).

Los actores sociales claves de esta investigación, que con sus relatos constituyen la fuente primaria de datos, son aquellas personas con padecimiento mental crónico e insanas. Es decir, aquellos que fueron diagnosticados con enfermedades crónicas y declarados insanos por motivo de enfermedad. Esto deriva en una serie de efectos en la subjetividad, a saber: 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-desear el mundo. Reconociendo la diversidad de instancias de subjetivación que se pueden considerar, para este estudio resolvimos tener presente: (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 (qué se enuncia de quien procura intervención en salud mental). Las segundas, son aquellas vinculadas a los procesos de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2003), es decir, las prácticas que suceden en la relación del sujeto de intervención y las instituciones sanitarias. A partir de las terceras, nos interesan las vivencias de los entrevistados en el contexto de las instituciones judiciales.

Andamiaje metodológico y trabajo de campo

Para abordar nuestro problema de investigación 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.

Desde que comenzamos el recorrido de investigación pudimos concretar diez entrevistas¹ realizadas a personas con sufrimiento mental crónico, diagnosticadas hace más de 20 años. El objetivo de este momento era identificar y sistematizar algunos de los procesos de producción de subjetividad en el campo de la salud mental. En los encuentros con los entrevistados, tuvimos presente:

- Que la entrevista sea exhaustiva (el tema de entrevista es trabajado al máximo hasta agotar la conversación).

- El guion de entrevista es flexible, sólo posee algunas orientaciones basadas en las categorías analíticas pensadas durante los momentos previos al trabajo de campo. Así es viable incorporar otros elementos que no hayamos contemplado en la planificación del trabajo de campo.

- Las entrevistas fueron registradas mediante el uso de un grabador de periodista y realizadas en un espacio acordado mutuamente con el entrevistado (una plaza, un café, su domicilio, su lugar de trabajo, etc.).

- En cada encuentro no avanzamos en el instrumento sin antes generar un acuerdo comunicativo en el que se explicita el objetivo de la investigación, el objetivo de la entrevista y las medidas tomadas para el resguardo de su privacidad. Cabe aclarar que para preservar el anonimato, los nombres utilizados en los fragmentos de entrevistas (que desplegaremos en la realización de este artículo) son falsos. Constituyen seudónimos seleccionados por los entrevistados.

Respecto del universo de análisis, consideramos la totalidad de personas con padecimiento mental crónico representadas por la Curaduría Oficial de Alienados (en adelante COA) del departamento judicial Mar del Plata. Definiéndose la muestra por saturación. La validez de definición de la muestra mediante esta posibilidad radica en la capacidad de selección de entrevistados teóricamente relevantes y en la reflexividad de los criterios conceptuales.

Consecuente con lo que venimos relatando de la cocina de la investigación, los núcleos temáticos

¹ Entre todos los componentes que caracterizan específicamente la entrevista destacamos su carácter dialógico y su estructura teórica: “[1] saber cómo escuchar, [2] y qué escuchar” (Scribano, 2008: 74).

trabajados en la entrevista fueron seleccionados reflexivamente, ya que buscamos su vinculación con las dimensiones centrales del problema de investigación. En los tópicos provisorios que usamos en esta primera serie de entrevistas y que actuaron de indicadores para observar los procesos de producción de subjetividad incluimos: (1) las condiciones generales de vida (composición familiar, acceso al sistema educativo, trayectorias laborales, accesibilidad y barreras respecto del sistema de salud); (2) las experiencias en relación con el padecimiento (modificaciones en la vida cotidiana a partir del padecimiento: realización de actividades, cambio de hábitos y prácticas); (3) las trayectorias y prácticas de tratamiento (características de los tratamientos, dificultades y obstáculos en sus desarrollos); (4) las experiencias y trayectorias en relación a la incapacidad jurídica (modificación en su vida cotidiana a partir de la judicialización, relación con los profesionales y dispositivos intrajudiciales); (5) la perspectiva de los cambios normativos (si los conoce, relación con la salud mental y la discapacidad, apreciaciones, alcances y limitaciones). Además, se consideran las preguntas espontáneas surgidas a lo largo de las entrevistas, de modo que otros elementos constitutivos de la subjetividad puedan tener lugar.

Del contexto institucional y la población

El trabajo de campo, se desarrolla en el contexto institucional de la Curaduría Oficial de Alienados, institución que tiene sus particularidades, tanto por el lugar que ocupa en el poder judicial, como por las características de la población específica con la que trabaja.

La curaduría Oficial es un organismo del poder judicial, creada en el año 1978 por acuerdo de la Suprema Corte Provincial (acordada Nº 1798) dependiente del Ministerio Público de la Defensa.² Su función radica en actuar como representante de aquellos sujetos que por motivo de enfermedad mental sufren una restricción de su capacidad jurídica y no cuentan con familiares y/o vínculos que puedan ocuparse de acompañarlos en la toma de decisiones a lo largo de sus vidas. La actuación de la COA en relación al usuario tiene que ver con aspectos específicos y estos son definidos de acuerdo a cada caso. Por ejemplo, puede actuar de apoyo para las intervenciones sanitarias, para la supervisión de los encuentros familiares, para las gestiones burocráticas (el certificado de discapacidad, el transporte) entre otros aspectos.

² Una aclaración pertinente es que el Ministerio Público en la Provincia de Buenos Aires se desdobra en Ministerio Público de la defensa y Ministerio Público Fiscal.

Para conocer características generales de la población recurrimos a la base de datos de la institución (lectura de legajos y documentos digitales). Esto nos facilitó acceder a datos cuantitativos que fueron contruados en el primer semestre del año 2015. El número total de usuarios representados por la COA, considerando ambos departamentos (Necochea y Mar del Plata) es de 269. De este total, el 79 % son usuarios representados por la COA del departamento judicial de Mar del Plata. De este número y de acuerdo a los legajos: 7 murieron y uno comenzó a ser representado por un integrante de su familia. Restando de este modo 206 usuarios que constituyen nuestro universo de estudio. Considerando los usuarios representados por COA del departamento judicial de Mar del Plata podemos observar que el 66,5 % (137) tiene su lugar de residencia en Mar del Plata. Del total de 206 usuarios, 104 son mujeres (50,5%) y 102 hombres (49,5%). También podemos destacar que sólo el 20 % de los usuarios (41 sujetos) se encuentran en la franja etaria de 18 a 40 años, siendo 165 mayores de 41 años (80%). Este dato no es menor, porque expresa que la mayoría de la población es adulto o adulto mayor, invitándonos a estudiar las diversidades etarias que encontramos al interior de este grupo.

Otro aspecto de la población es la diversidad de lugares donde residen. De los 206 usuarios representados por COA del departamento de Mar del Plata, 67 usuarios se encuentran internados (47 se encuentran en instituciones privadas y 20 en instituciones públicas), 38 viven en un hogar, 18 se encuentran residiendo en casas de convivencia, siendo 87 los que viven en su domicilio particular o familiar. Si observamos los diagnósticos de padecimientos crónicos (expuestos en las sentencias) damos cuenta que más de la mitad de los usuarios representados por la institución han sido diagnosticados con psicosis crónica (52,4%), le sigue retraso mental (31,5%), bipolaridad o trastorno de la personalidad: 10 (5%), retraso mental con psicosis injertada (1,4%), síndrome demencial (1%), síndrome depresivo (1%), encefalopatía alcoholismo (1%) y otros (síndrome de Down, trastorno psicótico, sordomudo, autismo) con el 1,4%. En 11 legajos este dato no existe, quedando un 5,3% sin datos.

De esta manera compartimos algunas características institucionales, tanto a nivel organizacional como de la población con la que trabaja. Esta instancia es crucial para el desarrollo del trabajo de campo ya que permite diversificar la muestra a medida que avanzamos en las entrevistas.

Tramas analíticas de la investigación

Bajo este subtítulo compartiremos, en primera instancia, los conceptos de subjetividad, biopolítica y cuerpo. En la segunda parte introduciremos algunas perspectivas en ciencias sociales que han abordado el estudio de los padeceres y los modos de atención. Consideramos que esta serie de nociones actúa de trama analítica para la comprensión de nuestro problema de investigación.

Subjetividad, cuerpo y biopolítica

Para reflexionar acerca de la subjetividad consideramos de singular interés los desarrollos ofrecidos por Foucault (1984, 1998, 2000 y 2009), Guattari y Rolnik (2006) y Rose (2012). Cada uno de ellos han realizado análisis *genealógicos* acerca de cómo ciertas formas de ser-sujeto no están dadas *a priori* sino que resultan de un proceso en que emergen. Por ejemplo, Foucault tuvo como foco de análisis las configuraciones teóricas e históricas que propiciaron la invención de la locura como enfermedad asociada a la peligrosidad (1998) y la anormalidad (2000). Rose (2012) estudia los procesos de subjetivación que gestionan las transformaciones actuales en el campo de la salud (la molecularización de la vida, la optimización del cuerpo y la economía de la vitalidad, entre otros). Desde los enfoques mencionados la subjetividad no implica un repliegue al individualismo, y en este sentido, no está asociada a la idea de individuo y/o personalidad. La interlocución con los pensadores referidos nos permite realizar una primera aproximación al término producción de subjetividad como *el proceso de modelización de lo social, de la forma de ser y actuar por excelencia en una época histórica determinada*, de acuerdo a un "patrón" (lo esperado, la expectativa) resultante de cada construcción social.

En contribución con la construcción de la noción de subjetividad, la sociología de cuerpos-emociones constituye un rodeo teórico pertinente a nuestra investigación. La sociología del cuerpo, al igual que cualquier sociología, surge de zonas de ruptura, de turbulencia, de crisis de las instituciones, de quiebre de legitimidad. Le Breton (2002) explica que esta perspectiva emerge cuando el pensamiento pide un poco de aire, en la búsqueda de dar una significación al desorden aparente, de descubrir las lógicas sociales y culturales. La visión moderna (occidental) del cuerpo, simbolizada en el saber biomédico, a través de la anatomía y de la fisiología, está basada en una visión particular del sujeto: en efecto, el cuerpo

implicaba la separación del hombre (1) del cosmos, ya no es el macrocosmos el que explica la carne, sino una anatomía y una fisiología que solo existe en el cuerpo, (2) de los otros, pasaje de una sociedad de tipo comunitaria a una sociedad de tipo individualista, en la que el cuerpo es la frontera de la persona, (3) y finalmente de sí mismo, el cuerpo está planteado como algo diferente de él. Esta formulación permite atribuir un cuerpo individuo al sujeto, y poseer el cuerpo por parte de este. Representación que emerge de la estructura individualista que convierte al cuerpo en el locus del sujeto, el límite que permite la relación con otro.

En este contexto, Scribano (2007), desde un rodeo teórico de cuerpos-emociones, entiende el cuerpo en una dialéctica entre un cuerpo individuo, un cuerpo subjetivo y un cuerpo social.

[1] Un cuerpo individuo que hace referencia a la lógica filogenética, a la articulación entre lo orgánico y el medio ambiente; [2] un cuerpo subjetivo que se configura por la autorreflexión, en el sentido del “yo” como un centro de gravedad por el que se tejen y pasan múltiples subjetividades y [3] un cuerpo social que es (en principio) lo social hecho cuerpo (Scribano, 2007: 4).

Como formas entrecruzadas y superpuestas, permite pensar que los sujetos vivenciamos tres prácticas: “la exposición del cuerpo, como inscripto en la presentación social de la persona, cómo me veo y cómo tú me ves; la producción de las condiciones de existencia materiales, cómo inscribimos nuestros cuerpos en dichas condiciones materiales de existencia; y cómo nos relacionamos con los otros, por la dialéctica entre el cuerpo individuo, subjetivo y social” (Scribano, 2007: 4). En esta perspectiva se descomponen tres momentos, que se manifiestan simultáneamente, pero que para comprender su relación demandan un análisis disgregado. Y aquí está la relevancia del abordaje propuesto: en qué presupone su interlocución. Esta mirada viene a corromper o mantenerse al margen de perspectivas que proponen análisis de corte más del tipo lineal, en el que se han estudiado algunas de las dicotomías como individuo/colectivo. “Con la oposición entre lo particular y lo general, la dialéctica es reemplazada por antinomias ‘racionales’, ‘naturales’ o ‘fatales’ entre el individuo y la sociedad (o el ‘mundo’), antinomias que se resuelven acordando preeminencia ya sea a la sociedad o al individuo” (Lourau, 2007: 3).

Respecto de la noción de biopolítica, Foucault la relaciona con la inserción del cuerpo y la vida en los cálculos de la política en el contexto de la

modernidad occidental. Enunciada en su análisis de *Historia de la sexualidad* (1998) formula preguntas acerca de las formas de gobierno de la vida y de los cuerpos, y los modos de articulación del poder de hacer vivir. Una de las tesis que fundan la biopolítica es que la modernidad instala la existencia de un umbral de la vida y técnicas para sobrellevarla. Hacia la Revolución Francesa, el desarrollo de conocimiento relativo a la vida, el mejoramiento tecnológico de la agricultura y las medidas dirigidas a la supervivencia de los hombres, dan lugar a la emergencia de nuevos modos de vivir/morir: un relativo dominio sobre la vida, mediante una serie de formas de modelarla que hasta entonces no existían. La potencia de la muerte en la cual se simbolizaba el poder soberano se veía reemplazada por la administración de los cuerpos y la gestión de la vida: el poder político se proponía como tarea administrar la vida (Foucault, 1998; Deleuze, 1986).

Un concepto inherente a los estudios de biopolítica es el biopoder.³ Este se desarrolló en dos formas (que no son antitéticas). La primera, se denomina *anatomopolítica* del cuerpo humano, centrada en la administración y regulación del cuerpo, con su correlato de técnicas disciplinarias e individuales (educación, aumento de sus aptitudes, integración en sistemas de control). La segunda, la *biopolítica* de la población, como instancia de regulación de la especie, con su correlato de gestión de la vida mediante controles poblacionales (prácticas políticas y observaciones de los problemas de natalidad, longevidad, salud pública, vivienda, migración). Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida, gestionando en conjunto la gubernamentalidad.⁴ Este complejo ensamblaje de procesos procura la modelación de la subjetividad y construye formas de sentido común que impregnan la cultura. El sujeto se va modificando y las estrategias que lo modelan también.

3 Es prudente recordar que por poder no nos referimos a un conjunto de instituciones y aparatos que garantizan la sujeción de los ciudadanos en un Estado determinado (la soberanía del Estado). Las relaciones de poder son microfísicas, estratégicas, multipuntuales y difusas (Deleuze, 1986).

4 El concepto de gubernamentalidad lo vinculamos al “complejo de tácticas-técnicas que desde diversos dispositivos se despliegan sobre los cuerpos individuales y colectivos y que tiene como efectos la construcción y autoconstitución de sujetos en base a normas e ideales” (Murillo, 2011: 91).

Derivado de lo que venimos relatando, existe un campo de estudio en ciencias sociales que convoca a pensar las relaciones entre la política, el cuerpo, la subjetividad y la vida en el siglo XXI. Rose (2012) es un ejemplo de ello. Partiendo de una perspectiva biopolítica estudia las transformaciones actuales en el campo de la salud. Comprende la biopolítica como la manera en que los seres humanos, como criaturas vivientes individuales y colectivas, ingresan en los valores y luchas políticas. Y propone *la neuropolítica* como una configuración particular de la biopolítica (y en este sentido de la verdad, del poder, y de la subjetividad) donde el cerebro mismo se vuelve un medio para gobernar. A partir del nuevo sentido de nosotros mismos y el desarrollo aparente de nuevas capacidades para intervenir en la mente (a través de la manipulación del cerebro) vemos configurarse la neuropolítica. En este sentido, construye una serie de categorías para describir las transformaciones biopolíticas contemporáneas, mediado por procesos de subjetivación y corporalidades diversas: la molecularización de la vida, la optimización del cuerpo y la economía de la vitalidad (bioeconomía) son algunos de estos procesos.

En nuestro país, diferentes investigadoras se han ocupado de abordar problemas de investigación del campo salud mental desde esta mirada. Bianchi (2014) recupera el andamiaje foucaultiano desde una perspectiva crítica en diálogo con referentes teóricos contemporáneos. Por su parte Murillo (2013, 2014) toma los estudios de biopolítica, poniendo énfasis en la tecnología molecular suscitada por las neurociencias como la forma de gobierno actual del neoliberalismo. Faraone y Bianchi (2012) debaten acerca de los procesos de medicalización y medicamentación introduciendo nuevos actores sociales, como el mercado, al análisis de la medicalización en salud mental. Con eje en las neurociencias, Mantilla (2014) analiza los saberes, discursos y prácticas en torno al cerebro.

Con los aspectos hasta aquí señalados podemos decir que la biopolítica es una perspectiva a la cual le interesa repensar las formas de gobierno, es decir, las formas en que se regula la conducta, los modos de ver el mundo y los patrones que modelan el deseo, en el sentido de delinear un campo posible de acción de las diversas corporalidades. Esta mirada, no pretende hacer una historia de los hechos, sino que busca pensar los procesos de legitimación y significación de aquellos, y nos permite comprender por qué algunas explicaciones adquieren

legitimidad en detrimento de otras. En este contexto, comprendemos que en el mundo contemporáneo las formas de gobierno de las poblaciones se transforman, los márgenes de la normalidad cambian, y con estos, sus estrategias de definición.

Tramas analíticas del padecer, prácticas de atención y salud mental

Es posible dar cuenta de algunas tramas analíticas que buscan comprender la relación entre salud-enfermedad, sociedad y medicina. De la miríada de miradas que constituyen los abordajes sociológicos y antropológicos de la salud en ciencias sociales, en primera instancia nos interesa destacar autores clásicos. Por ejemplo, Illich (1975) que estudió 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 Calnan⁵ (1996) analizan 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. Por su parte Conrad (1985) analiza cómo 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.⁶ 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 es 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.

Lo interesante de estos autores es que podemos observar cómo los cuerpos son campos de intervención, mediante procesos vitales que se vuelve culturalmente objeto de la medicina. Vale destacar que los actores sociales que participan de estos procesos van cambiando, algunos decrecen mientras que otros se vuelven protagonistas. En esta diversificación de actores sociales, podemos mencionar, por ejemplo, la creciente intervención del

⁵ 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.

⁶ Desde un enfoque interaccionista investiga la medicalización de la conducta desviada, más específicamente, las definiciones cambiantes de la desviación y las consecuencias de estos cambios en la sociedad norteamericana.

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 (Bianchi, 2014).

Otros autores prestaron especial atención a la perspectiva de los sujetos y la experiencia del padecimiento⁷, alguno de ellos son Good (1994), Scheper-Hughes (1986) y Menendez (2009). Desde una perspectiva fenomenológica, Good (1994) relata cómo algunas de las características del sentido cotidiano se ven irrumpidas por el padecer. Éste transforma el sentido de realidad y gesta la sensación de que el mundo se deconstruye y transforma. El padecer irrumpe en el cuerpo y se vuelve parte del sujeto, a la vez que escapa del ámbito de dominio del sí mismo. Asimismo, existe una forma de sociabilidad específica para aquellos que vivencian un padecer, ya que experimentan su mundo como distinto y los otros no comparten esa misma experiencia. Cuando las actividades médicas dominan su vida, reemplazan las actividades que realizaba hasta entonces, y el mundo de las clínicas, las terapias y las obras sociales comienzan a modelar su vida cotidiana. En este mismo sentido, Margulies⁸ (2006), al estudiar la trayectoria del padecimiento y la dimensión simultáneamente biológica y social del cuerpo, observa cómo se construyen las nuevas formas de vivir con la enfermedad.

A la luz de los autores mencionados, el tiempo también cobra otro sentido para los sujetos que vivencian un padecer crónico. El padecer rearma el tiempo, se reevalúa. El tiempo del dolor puede lentificarse, puede sentirse como perdido. Las gestiones que se realizan en el sistema de salud llevan tiempo y las instancias burocráticas en la búsqueda de alivio y/o tratamientos dan lugar a

7 Es clave distinguir el padecimiento de la enfermedad. Esta última es un concepto que alude a las *anormalidades en la estructura y/o función de los órganos o sistemas, así como a los estados patológicos*, sean o no reconocidos culturalmente. Por padecimiento entendemos la forma como los sujetos y/o miembros de su red social más cercana perciben, interpretan y responden a las manifestaciones y efectos de la misma (Mercado Martínez y otros, 1999). El padecer no designa solo un estado biológico, sino que define también la pertenencia a un grupo, la circulación por determinadas instituciones, el margen de posibilidades de acción y otras esferas de la vida.

8 La autora investigó acerca de procesos de atención del vih-sida, pone foco en la noción de adherencia al tratamiento, y la comprende como "las acciones que un individuo realiza con el fin de mejorar su estado de salud y que coinciden con las prescripciones y recomendaciones profesionales" (Margulies, 2006: 54).

peregrinar por un mundo, de especialidades médicas e instituciones, convirtiéndose en un mundo en sí mismo que reemplaza el anterior. De modo que la enfermedad ocurre en el cuerpo, en un tiempo, en un lugar, en una historia y en un contexto vital. En este contexto, el estudio social sobre dolores crónicos cobra relevancia, ya que permite repensar cómo la enfermedad genera procesos de subjetivación y cómo se ve afectada la vida cotidiana de los sujetos cuando padecen una enfermedad crónica (Del Monaco, 2013). En este sentido, nos resulta pertinente recuperar la noción de experiencia del padecimiento de Scheper-Hughes (1986), como el conjunto de procesos que producen y reproducen los sujetos con padecer a lo largo de su vida. Es decir, el modo en que los individuos enfermos y sus integrantes de la red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emociones, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos y una serie de eventos derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y modelan.

Por su parte Menéndez (2009, 1994, 2003), partiendo del *enfoque antropológico relacional*⁹ para estudiar los padecimientos, incorpora la noción de *modelo de atención* como todas aquellas actividades que tienen que ver con la atención de los padecimientos (prevenir, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado). Para analizar los modelos de atención, que modelan los sujetos de intervención, es posible observar las prácticas biomédicas y las prácticas de autoatención. Estas últimas incluye las *modalidades de observación, significación y atención del padecer por parte del sujeto*. En otras palabras, todo aquello que hacen para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención. En el campo de la salud mental, la actividad biomédica es la principal impulsora de la autoatención. Sus formas más recurrentes llevadas a cabo por sujetos con padecimiento mental crónico son acciones vinculadas

9 Este abordaje constituye un esfuerzo metodológico por dejar de lado las polarizaciones al momento de pensar los procesos salud-enfermedad-atención para comenzar a abordarlos en sus articulaciones. Es decir, en vez de abordar micro y/o macrosociológicamente los padecimientos (colocando el acento en cada actor, o en la estructura social), propone repensarlos relacionamente.

a aprender a medicarse, autoobservar los síntomas y realizar gestiones para acceder a los tratamientos. Por ello, consideramos este conjunto de prácticas un espacio privilegiado para dar cuenta de los procesos de producción de subjetividad actuales en el campo salud mental.

Desde esta perspectiva, en la que se intenta recuperar la mirada de los actores sociales que viven con la enfermedad, algunos autores del campo salud mental (Augsburger, 2002, 2004; Galende, 2006) incorporan la noción de sufrimiento psíquico. El sufrimiento psíquico se vincula con el tejido social en el sentido de entender el padecimiento no restringido a la noción de enfermedad. Corriéndose de las marcas biológicas de la enfermedad, esta noción busca recuperar el carácter procesual, social y biográfico del sujeto, en vez de delinear los conflictos de la vida cotidiana y de las relaciones sociales como patologías. En esta misma perspectiva de investigaciones que buscan 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; Miguez, 2015). En la visión del modelo social prima el reconocimiento de las singularidades y la diversidad a través del respeto por el otro. Este andamiaje teórico, permite trascender miradas unilineales y clásicas propias del *modelo médico*: “la discapacidad es entendida como una construcción social basada en términos de desigualdad (...) Por ello urge reconocer el carácter social y no natural de la discapacidad, para superar perspectivas hegemónicas que se continúan produciendo y reproduciendo en estas sociedades” (Miguez y otros, 2015: 16).

En esta trama de miradas vale la pena resaltar que introducir un análisis del campo salud mental desde una perspectiva social no implica negar los elementos biológicos que constituyen el padecimiento. En este sentido, “el reconocimiento del carácter social de [fenómenos como la salud mental] llevo a muchos a pensar que lo natural es pura construcción (). Reconocer la reciprocidad de causalidades entre lo biológico y lo social no implica invertir el orden de la tradicional relación causal” (Pecheny y Mazelli, 2003: 557). De esta manera, nos parece relevante tener presente que el campo de la salud implica tanto condicionantes sociales y asimetrías provenientes de las relaciones sociales y de poder que definen a cualquier campo social, como también especificidades, modalidades y niveles que no son puras construcciones sociales. Dicho de otro

modo: afirmamos la necesidad de “correr el análisis de la *discapacidad* de la esfera de lo ‘biológico’, para introducirla en la esfera de las relaciones sociales y las relaciones de producción en el plano de lo material y lo simbólico” (Rosato y Angelino, 2009: 134), pero identificando, a la vez, más esferas que la social como intervinientes en el campo de la salud.

Reflexiones acerca de las formas de gobierno en el campo salud mental

Considerando los relatos de los entrevistados y las tramas teóricas recién recorridas, a continuación compartiremos algunas reflexiones devenidas del análisis de entrevistas. Los tópicos que desarrollaremos se vinculan a: la relación vida cotidiana-sufrimiento psíquico, los modos de significar el padecer (con hincapié en los procesos cerebrales), las marcas biográficas que derivan en la enfermedad, los procesos de subjetivación que genera la medicación, y los modos de observación y atención del cuerpo que los sujetos llevan adelante.

Vida cotidiana-sufrimiento psíquico: una articulación reiterada

Así que ahí andamos, preocupado por la salud

“Yo estoy con un problema de enfermedad. Así que no hago mucho porque me canso. En mi vida cotidiana me levanto temprano tomo mate y tratar de vivir al día, porque la plata no alcanza. Me separe hace poco, hace tres meses. Antes iba a nadar, andaba en bici, pero ahora me canso. Ahora vivimos con Joe, hace tres meses. Así que ahí andamos, preocupado por la salud”. (Che Guevara)

Al preguntar por la vida cotidiana los entrevistados articulan sus respuestas en torno a la temática enfermedad. Esta situación, que se reitera en varios de los encuentros, nos permite corroborar que el padecer constituye un acontecimiento que irrumpe y modifica la vida cotidiana, fragmentando y transformando las relaciones sociales, las imágenes de sí y de los otros, constituyéndose en hitos marcadores en la vida y la cotidianeidad de los sujetos. El padecimiento (y la cronicidad) se vuelve un organizador de las historias y de relaciones sociales.

“Sí, tampoco es que me levanto y me acuesto cuando quiero, tengo horarios. Que algo que ver con la clínica tiene ¿no?, pero

bueno si quiero salir un sábado, puedo salir. Obviamente tenés que estar para almorzar, para cenar. Tenés que estar, para la hora de la medicación, para la hora del té". (Gabriel)

Esto da cuenta que el sufrimiento mental no designa sólo un estado biológico, sino que define también la pertenencia a un grupo, la circulación por determinadas instituciones, el margen de posibilidades de acción y otras esferas de la vida que se vuelven muy específicas de la cronicidad (Herzlich y Pierrent, 1988). Acomodarse a los sistemas de atención de salud y tratar de negociar con la burocracia en la que se insertan (y de la que precisan), de acuerdo a Good (1994), se convierte en un mundo en sí mismo que reemplaza el anterior mundo de la vida cotidiana, modelando sus actividades y configurando un mundo propio. Una particularidad de las entrevistas realizadas que da cuenta de este mundo propio es la continua referencia a conocidos y contactos en común entre la entrevistadora y los participantes. La proliferación de contactos en común da lugar por momentos a repreguntar acerca de la confidencialidad de la entrevista. Inferimos que esta implicancia está asociada a que esta red de contactos supone que nada de lo dicho o hecho queda por fuera de la "mirada de" (sea el curador, el familiar, el trabajador social, el psiquiatra, etc.).

(Entrevistado) ¿Vos también sos acompañante terapéutico, no?

(Entrevistador) No

(Entrevistado) Ah, como te vi en COA el otro día, pensaba que sí.

(entrevistador) No, fui por otra cosa. Igual he trabajado de ATE un tiempo.

(Entrevistado) Ah, yo sabía. También está xxxx que está en algo de radio. Es un personaje, lo conozco hace un montón, era ATE. ¿Lo conoces? (Mario)

Por otro lado, la condición de insanos hace que todas las decisiones que necesiten tomar (tanto acerca de su persona como de sus bienes o capital) sean tratadas por la curaduría oficial. Esta institución del poder judicial actúa por ellos en su carácter de incapaces, generando que su visita a la institución sea recurrente, para buscar el dinero semanal, la gestión de un certificado, etc. Estos rituales específicos forman parte de las prácticas sociales que emergen desde el momento en que se inicia un juicio de insania y de la consecuente restricción de la capacidad jurídica.

La judicialización mediada por una sentencia de incapacidad jurídica implica, entre otras cosas, que la persona no podrá concretar determinados actos sin antes consultarlo con su curador (por ejemplo para ejercer la patria potestad de sus hijos, adoptar, formar parte de un contrato de trabajo, de alquiler, vender, donar, votar, etc.). Esta actuación institucional genera instancias de protección para la persona representada, pero también dependencia.

"Me dijeron por qué no me pasaba a otro curador. Pero mejor así. 'Pensalo bien, loco. Porque acá te pasa algo y están', me dijo XXX". (Mario)

El hincapié en los procesos cerebrales. ¿Vio cómo tiene su mano? Al cerebro le pasa lo mismo

Un elemento que también emerge como constante en los relatos analizados es el hincapié en los *procesos cerebrales* en torno al sufrimiento mental. Uno de los entrevistados nos describía corporalmente cuando se le estaban "por deshilar las ideas, cuando la cabeza le hacía así", realizando movimientos circulares con sus manos en los laterales de su rostro. Este elemento fue crucial para comenzar a poner atención a las significaciones moleculares que los entrevistados utilizaban para explicar el sufrimiento mental. Esto lo encontramos tanto al momento de explicar cómo viven el padecer y cuáles son las demandas que les realizan a los médicos-psiquiatras. El siguiente fragmento de la entrevista que recreamos con María da cuenta de este proceso.

(Entrevistador) Para comenzar me gustaría saber cómo es tu vida cotidiana.

(María) Mi vida cotidiana, hay que pensar que me hicieron de todo. Fui al traumatólogo y me dijo 'quédese tranquila que esto viene de la columna, no del cerebro'.

(Entrevistador) Vos pensabas que venía del cerebro.

(María) Yo sí. Porque te digo, me trataron de epilepsia. Pero al tiempo me dio un medicamento que tengo que tomar todos los días y me dijo -lo que pasa es que no fue fino-me dijo que mi cerebro estaba viejo. Yo no sé qué cara puse que agarró mi mano y me dijo '¿vio cómo tiene su mano? Al cerebro le pasa lo mismo'.

Rose (2012) y Murillo (2011) expresan que

las explicaciones moleculares no se limitan a la patología sino que significan un nuevo modo de entender la vida. La episteme construida en torno al cerebro ahora interviene en el modo de entender los procesos cognitivos, afectivos y morales. Pero los autores agregan que conocer molecularmente implica también modificar molecularmente. Todos los caminos que pasan por el cerebro parecen conducir al uso de psicofármacos.

Intervención neuroquímica. La medicación como regulador de la vida cotidiana

Estoy re acostumbrado... Hace 10 años.

Una de las instancias de modelación de la subjetividad es la intervención a nivel molecular. En la cronicidad la prescripción de la medicación es para toda la vida y esto indica cómo se convierte el psicofármaco en *una dimensión que regula la vida cotidiana*. Incluso el desarrollo de una vida fuera del ámbito manicomial en muchos casos es posible mediante el puente que se gesta entre la conducta y la neuroquímica. La relevancia que le otorgan los entrevistados a la adherencia al tratamiento (la responsabilidad y autonomía del paciente de la gestión e ingesta de la medicación) nos muestra un proceso de subjetividad que altera la concepción que tenemos de nosotros en relación a la dependencia con el psicofármaco y que a la vez habilita a intervenir sobre sí mismos de nuevos modos.

En las entrevistas, emergen dos cuestiones en relación a este punto: 1) la medicación permite la optimización de la vida, mediado por la idea de que “se sienten bien” y les permiten el desarrollo de actividades diarias que sin la gestión adecuada de la medicación no serían posibles. 2) Consecuentemente mencionan que la adherencia al tratamiento es fundamental. Esta se construye sobre la base de un modelo del *deber ser*, que corresponde con el punto de vista médico (Margulies y otros, 2006). Así, el padecer articulado con “la obligatoriedad de la adherencia” da cuenta cómo el padecer se extiende a todas las esferas del mundo cotidiano por un período indeterminado (Good, 1994). Es en el mundo de la vida cotidiana donde los sujetos gestionan su enfermedad.

La relevancia que adquiere la gestión y administración de la medicación hace que la industria farmacéutica se vuelva un elemento central al momento de pensar en cómo ésta interviene en la producción de subjetividad. Los psicofármacos regulan la rutina diaria de las personas con padecimiento mental

crónico: la necesitan cuando se despiertan, antes de almorzar, antes de dormir. Se visualiza un sentimiento de orgullo al ser felicitado por su buena administración y gestión, al mismo tiempo que conocen con especificidad los nombres de las drogas que tienen los medicamentos, así como los laboratorios. Este grado de responsabilidad que observamos en los actores sociales es netamente individual, y nos recuerda las reflexiones de Margulies (2006) cuando plantean que se construyen estereotipos de paciente: aquellos que cumplen y aquellos que no. “Estas tipologías se construyen habitualmente a partir de la aplicación de enfoques clasificatorios basados en las categorías de riesgo y en el establecimiento de fronteras entre los normales y los anormales” (Margulies, y otras, 2006: 289). La siguiente cita es ilustrativa de lo que venimos relatando en esta reflexión:

(Entrevistado) A mí también me dijeron de estudiar, pero yo no sé.

(Entrevistador) ¿Por qué?

(Entrevistado) No, todo bien al principio, pero después yo no puedo... no puedo exigirme. Para mí es imposible. No, no, no quiero hacerlo porque a veces a la noche me da... (Movimiento con los brazos señalando la cabeza) las pastillas.

(Entrevistador) ¿Y a eso cómo lo llevas? La medicación, digo.

(Entrevistado) Estoy re acostumbrado, seee (con cara de orgullo y una sonrisa). Hace 10 años (Pedro).

La relevancia de la conciencia de enfermedad, la responsabilidad en la administración de los psicofármacos son aspectos que nos dicen no sólo que la medicación genera nuevas estrategias de autoatención sino que éstas gestionan efectos concretos en la subjetividad: una rutina de prácticas biomédicas desde la autoatención.

Asimismo la psicofarmacología se constituye como un motor clave en la subjetivación de las personas, no sólo a partir de la comercialización de drogas sino de los padecimientos junto con aquellas. Las corporaciones farmacéuticas se relacionan con la ciencia y con los mercados, y a medida que las enfermedades se vuelven más específicas (gracias a la ciencia) también se refinan los procesos neuroquímicos creándose nuevas formas de medicar (gracias a los mercados). Este proceso se puede ver en la cada vez mayor especificación de los manuales de psiquiatría.

El manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) edita su primera versión en el año 1952 que establecía 106 categorías diagnósticas. Desde entonces su número se amplifica de edición a edición. La vigente es la quinta, DSM-V, publicada en el 2013, que introduce categorías como “desobediencia a la autoridad”, y amplía los diagnósticos en la niñez. El DSM-V patologiza casi todas las conductas que hacen a la condición humana, y la dirección que toma esta instancia de medicalización implica entre otras cosas (Murillo, 2012) recurrir a terapias conductuales focalizadas en base a la aplicación de fármacos, introducir categorizaciones que pueden conducir al tratamiento médico de conductas que son propias de poblaciones vulnerables (medicalización de la pobreza, de la infancia y de la vejez) y patologizar conductas o actitudes que podrían ser pasajeras (tales como el duelo). Todo ello concluye en la *farmacologización de la salud mental y su ingreso a los patrones de consumo global*. Uno de nuestros entrevistados observa estos procesos. Gabriel hace referencia a la medicación, introduciendo una sospecha respecto de si “los casos son crónicos” o hacen que así sea.

“Existen algunos de los casos que les dicen crónicos. Pero pienso que son los menos. Pasa que te dan mucho más de la medicación, por más que el médico vaya y te controle, por más que algunos vayan o no, entonces te dejan dopado. Son formas de medicar diferentes de los psiquiatras. Hay psiquiatras que te medican con todos y hay otros que te ven tranquilo bien, entonces nada, estable entonces puedes llevar una vida normal. Pero hay, puf, de medicación te encajan con todo” (Gabriel).

Las marcas biográficas vinculares en el padecer.

Han pasado los años y se ve el resultado de lo que yo no fui tratada a tiempo

Rose (2012) considera que en las políticas contemporáneas de la vida se produce un pasaje de lo psíquico a lo cerebral. Afirma que el espacio psicológico que se abrió en el siglo XX se aplanó por los procesos de cerebrolización. Para él ya no hay interés por la mente o psiquis, y 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. 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. Las experiencias tienen su parte pero, una vez más, a través del impacto en el cerebro.

Esta categorización estricta de los procesos biológicos y los psicológicos es un punto de debate, por lo menos en nuestro contexto local. En éste, 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 prácticas del padecer en la constitución del campo salud mental en nuestro país (Mantilla, 2014). A continuación, un ejemplo extraído de una entrevista de la investigación, que ilustra este aspecto: Estela recupera su supervivencia de la guerra y vincula su padecer a esta:

“Yo tengo 25 años de guerra sobre mis espaldas. Soy una persona sufrida y maltratada. Y mi madre era buena, mientras la dejaban hacer. Pero cuando yo le decía que me sentía mal ¿sabes lo que me decía? ‘No me hables de enfermedades que no quiero saber nada’. Y ahora han pasado los años y se ve el resultado de lo que yo no fui tratada a tiempo. Yo nací mal, con defectos y entre otros tenía esto. Pero sobreviví. (...) Hay madres que estropean a sus hijos por egoísmo. No impide que haya sido buena madre, pero me tenía que quedar callada y dejarla hacer a ella.” (Estela)

Parte de esta simbolización del padecer, implica la regulación de las relaciones, algunas propicias y otras no. Esta construcción de las relaciones se concretiza generalmente en los diálogos que los entrevistados tienen con los profesionales de la salud y del ámbito judicial.

(Entrevistado) Con mi hermana, en un tiempo, no era un vínculo que podía... que no era bueno... no era un vínculo bueno para mí.

(Entrevistador) ¿Por qué pensabas esto?

(Entrevistado) No yo no, el psiquiatra. Por la forma de ser de mi hermana.

(Entrevistador) El psiquiatra la conocía a tu hermana.

(Entrevistado) Y sí. Psiquiatras entre psiquiatras se conocen todos. No todos pero... Y tampoco le parecía buena la relación con

mi madre. Entonces por un lado era con mi mamá y por el otro con mi hermana. Porque ellos buscan todos lo que es intervenciones previas... de acá no puedo hablar porque no conozco, todo lo que es independencia de la persona. Y no era aconsejable, no era bueno para mí en ese momento. (Gabriel)

Si bien para observar y/o comprender el padecer el aspecto biográfico cobra relevancia, éste no opaca la columna neuroquímica de la enfermedad. Al momento de actuar e intervenir en su padecer, los entrevistados acuden a diversas terapias pero de modo complementario a la ingesta de fármacos. El eje del tratamiento ambulatorio se encuentra en la práctica de autoatención vinculada a la responsabilidad de la gestión y administración de los psicofármacos recetados por su psiquiatra de cabecera y el ritual de la consulta periódica como instancia de supervisión del estado de salud mental.

Individuos somáticos

Por si tenía que hacer frente a ese médico

“Desgraciadamente no puedo seguir drogándome, digo desgraciadamente porque me da miedo la cocaína ya. Y el cuerpo ya no me da para tomar alcohol. Porque yo tomaría, si el cuerpo me diera. Cocaína no volvería a tomar jamás, yo le tengo miedo” (Che Guevara).

Las nuevas modalidades que asumen las estrategias de autoatención, nos permiten dar cuenta de rastros vinculados a lo que Rose (2012) denomina *individuos somáticos*. En los procesos de salud mental-enfermedad encontramos nuevas prácticas corporales, de autovigilancia y de observación de cambios vitales. Entre los aspectos a destacar de los relatos trabajados nos llama la atención el interés por buscar explicaciones a la experiencia del padecer y la curiosidad por conocer la especificidad que adquiere el tratamiento biomédico. Los sujetos que entrevistamos comienzan su relato no identificando claramente sus vivencias asociadas a la enfermedad pero adquieren (gracias a la búsqueda por internet, el cambio de profesionales, la circulación periódica por diferentes instituciones) un alto grado de conocimiento y especificidad al momento de describir su padecimiento. Un ejemplo de esto último es el siguiente fragmento de una de las entrevistadas:

María lee Descartes para “hacer frente” al médico:

“Me mandaron al psiquiatra, sí. Le llevé todos los estudios, hablamos un ratito, y me dijo ‘¿no se olvidó de nada?’ Porque le llevé todo, todo, todo. Bueno y me derivó a otro. Y el desgraciado, me dice ‘¿usted sabe lo que tiene?’ Me lo mire, y le dije ‘Sí, doctor. Tengo esto, esto, esto’ (golpea la mesa). ‘Porque a sus años el cerebro que esto, que patatín, que patatán’, mirá, le conteste: ‘acabo de hacer una investigación sobre Descartes. ¿Vos sabes quién era descartes? Un avanzado para la época’. Y me dio tanta bronca porque él con no sé con qué me tomó el pelo. Es un insulto. Si yo hubiera tenido problemas de salud, no hubiera leído Descartes. No lo pude leer todo, porque estuve muy, muy mal. Esto (señala la cabeza), no hay derecho que la traumatizen los mismo médicos. Yo lo tengo que leer con tiempo analizarlo y todo eso, y yo lo compré por si tenía que hacer frente a ese médico.” (María).

Esta reconfiguración de las estrategias de autoatención hacen que los sujetos se aproximen a la consulta médica con una serie de juicios respecto de su padecer y tratamiento que hasta hace un tiempo quedaba sólo bajo la órbita del profesional. Incluso pueden interrogar al médico proponiendo implícitamente una instancia de coatenencia.

A su vez, los entrevistados traen a colación anécdotas acerca de cómo observan con atención los cambios en el cuerpo, a modo de prevenir una potencial descompensación. Así, el cuerpo se vuelve objeto de hipervigilancia. Alonso (2013) menciona que es mediante el dolor que en muchos casos el cuerpo se vuelve consciente, objeto de análisis y reflexión por parte del paciente. La irrupción de la enfermedad implica un quiebre y el cuerpo se transforma en estructurante de la experiencia. “El cuerpo enfermo, el cuerpo con dolor adquiere nuevos sentidos, interpela y es interrogado de forma renovada” (Alonso, 2013: 520). Como señala Good (1994) nuestros cuerpos están fenomenológicamente ausentes en la vida cotidiana y no es sino a partir de una actitud reflexiva que este se constituye como objeto.

“Lo que pasa, que en algún momento yo no tomaba mucha conciencia, estaba mal. Y han tenido que intervenir los médicos.” (Gabriel)

La experiencia de la cronicidad genera que los entrevistados se encuentren atentos a los ritmos vitales del cuerpo, volviéndose éste un espacio de simbolización. De esta manera, en algunos relatos observamos la incorporación de lenguaje técnico, propio del área salud mental, para explicar sus vivencias respecto del padecer. Asimismo, cuando los padecimientos psíquicos generan sensaciones que no son descriptibles sobre el cuerpo biológico, los entrevistados recurren al uso de metáforas y analogías para explicar aquello que sucede y que no encuentra localización. La especificidad del área de salud mental da lugar que los entrevistados al hablar de su sufrimiento mental construyan analogías con experiencias tangibles y ejemplos cotidianos. Por ejemplo al asimilar el estado del cerebro a la textura de la piel, ya que aquel está tan arrugado como su mano (Maria).

Consideraciones

Primeramente aludimos a los aspectos teóricos-metodológicos de la investigación. Posteriormente desarrollamos las tramas analíticas que actuaron como andamiaje del recorrido. Estas proporcionaron la perspectiva a partir de la cual construimos las primeras hipótesis en relación a las narrativas de los entrevistados de la investigación. Los tópicos que desarrollamos se vincularon a la relación vida cotidiana-sufrimiento psíquico, a los modos de significar el padecer (con hincapié en los procesos cerebrales), a las marcas biográficas que derivan en la enfermedad, a los procesos de subjetivación que genera la medicación, y a los modos de observación y atención del cuerpo que los sujetos llevan adelante.

Uno de los tópicos relevantes a trabajar en nuestras entrevistas era las significaciones en torno a la ley de salud mental 26657 (dos años después reglamentada por el decreto 603/2013), fundamentalmente por las transformaciones que genera esta norma en el campo salud mental. En los encuentros de entrevista, al ser preguntado por los diferentes contenidos de la normativa, algunos entrevistados proponían un cambio de tema, otros manifestaban desconocimiento en torno al marco normativo. Esto no implica que los sujetos no interpelen elementos que la norma menciona. En los relatos encontramos reflexiones acerca de la autonomía, el consentimiento en las internaciones, la actuación del curador, los modos de medicar, el trabajo interdisciplinario, entre otros aspectos. Sin embargo, estas cuestiones no aparecen asociadas a una ley, sino a las prácticas que orientaron su

tratamiento y modelaron su vida y el pasaje por las instituciones.

Esto nos permite concluir que si bien existen normativas que podrían irrumpir positivamente en la vida de los usuarios, son sólo una de las tantas instancias que constituyen el campo de la salud mental. Encontramos un conjunto de motores de subjetivación que vuelven el análisis más complejo y menos homogéneo: inspirada en las teorías de la desmanicomialización y de la desinstitucionalización encontramos las normativas, pero simultáneamente la narrativa de los entrevistado está marcada por procesos propios de los cambios en el tratamiento de la salud emergentes de los avances en neurociencias y el desarrollo de la bioeconomía, que permite una intervención específicamente molecular, y que vuelven a la industria farmacéutica un motor de modelación del deseo y de optimización de las funciones vitales.

Mientras que un principio de nuestro recorrido de investigación considerábamos que la ley de salud mental generaba cambios relevantes en la subjetividad ya que, entre otros aspectos, las personas con padecimiento mental crónico se constituían como sujeto de derecho, vemos que el contexto actual nos invita a pensar otras instancias que gestan subjetividad(es). De modo que habrá que poner atención a nuevas dimensiones, comenzando por ejemplo por reformar los núcleos temáticos que consideraremos en las próximas entrevistas.

Bibliografía

- ALONSO, J.P. (2012) "Contornos negociados del 'buen morir': la toma de decisiones médicas en el final de la vida. *Interface*". *Comunicação, Saúde e Educação*, 16, (40), pp. 191-203.
- ANGELINO, M.A. y ROSATO, A. (coords). (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.
- BIANCHI E. (2014) Biopolítica: Foucault y después? Contrapuntos entre algunos aportes límites y perspectiva asociadas a la biopolítica contemporánea. *Astrolabio*, N° 13, pp.218-251.
- BRU, G. (2014) Producción de subjetividad: un modo para comprenderla complejidad de las prácticas en el campo de la salud mental. *Revista Debate Público*, N 8 pp. 83-91.

- CASTEL, R. (2011) *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- CERVIO, A. (2012) *Las tramas del sentir. Ensayos desde una sociología de los cuerpos y las emociones*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- CONRAD, P. (1985) Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social en: Ingleby, D. (comp.) *La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica. pp. 129-154.
- DEL MONACO, R. (2014) Cuerpos y emociones en procesos de salud, dolor y enfermedad en: Scribano, A. *Los estudios sociales sobre cuerpos y emociones en argentina: un estado del arte*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora, pp. 83-104
- _____ (2013) Dolor crónico y narrativa: experiencias cotidianas y trayectorias de atención en el padecimiento de la migraña. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23, (2), pp. 489-510.
- DELEUZE, G. (1986) *Foucault*. Barcelona: Paidós.
- FARAONE, S (2013) Reformas en Salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud mental y comunidad*, Nº 3, pp. 29-40.
- FARAONE, S; BARCALA, A. y otros (2009) "La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia". *Margen*, Nº 54, pp. 1-10.
- FERREYRA, M y MARTIN, M. (2014) "Cuerpo, Emociones y Discapacidad: la experiencia de un "desahucio". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, Nº14, pp. 22-33.
- FOUCAULT, M. (1998) *Historia de la locura en la época clásica III*. México: Proyecto Espartaco.
- _____ (1998b) *La voluntad de saber en Historia de la Sexualidad I*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- _____ (2000) *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (1992) *Microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta.
- _____ (1998b) *La voluntad de saber en Historia de la Sexualidad I*. Buenos Aires: Siglo XXI
- GALENDE, E. (2012) "Consideración de la subjetividad". *Salud Mental y comunidad*, Nº 2, pp. 23-29.
- GUATTARI F. y ROLNIK S. (2006) *Micropolítica. Cartografía del deseo*. Buenos Aires: Edit Tinta limón.
- LE BRETON, D. (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- LOURAU, R. (2001). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MANTILLA, María Jimena (2011) "Manejo y expresión del cuerpo en el caso del trastorno límite de la personalidad: el cuerpo como objeto de prácticas psiquiátricas". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad- RELACES*, Nº 6, pp. 20-32.
- MARGULIES, S., BARBER, N. RECODER M. (2006) VIH/sida y "adherencia" al tratamiento. Enfoques y perspectivas. *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología*. 2006; 3:281-99.
- MENENDEZ, E. (1979) *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.
- _____ (1994) "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?". *ALTERIDADES*, 4, (7), pp. 71-83.
- _____ (2009) *De sujetos saberes y estructuras*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- _____ (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciencias y Saude Coletiva*, 8, (1), pp. 185-207.
- MERCADO-MARTINEZ, F y otros (1999) La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15, (1), pp. 179-186.

- MIGUEZ, M y ANGULO, S y DIAZ, S. (2015) *Infancia y discapacidad Una mirada desde las ciencias sociales en clave de derechos*. Montevideo: Ed. Universidad de la Republica
- MURILLO, S. (2011) "Estado, sociedad civil y gubernamentalidad neoliberal" en: *Revista Entramados y perspectivas de la carrera de Sociología* Vol. 1, N° 1, pp. 91-108.
- _____ (2013) "La medicalización de la vida cotidiana en Ciencias Sociales" en: *Revista de la facultad de Ciencias Sociales. UBA*, No. 83, pp. 44-49.
- ROSE, N. (2012) *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: UNIPE.
- SCHEPER-HUGHES, N. y LOCK, M.(1986) "Speaking "truth" to illness: metaphors, reification, and pedagogy for patients" en: *Medical Anthropology*, N° 15, pp. 137- 140.
- SCRIBANO, A (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Buenos Aires: Prometeo.
- _____ (2002). *De Gurúes, profetas e ingenieros. Ensayos de Sociología y Filosofía*. Córdoba: Copiar.
- _____ (2007). *Mapeando interiores. Cuerpo, conflicto y sensaciones*. CEA-CONICET-Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba: Jorge Sarmiento Editor.
- _____ (2012) "Sociología de los cuerpos/ emociones" en: *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*, N°10, pp. 93-113.
- SCRIBANO, A; CENA, R. (2015) *Los estudios sociales sobre cuerpos y emociones en Argentina: un estado del arte*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. (2002) *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia. Strauss.

Citado. BRU, Gabriela (2016) "Subjetividad, biopolítica y cuerpo: reflexiones acerca de las prácticas de atención en el campo salud mental" en *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*, N°21. Año 8. Agosto 2016-Noviembre 2016. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 37-51. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/411>.

Plazos. Recibido: 28/08/015. Aceptado: 26/02/2016.