

# **Narrativas en el campo de la salud mental: una lectura desde la sociología de los cuerpos/emociones.**

Gabriela Silvina Bru.

Cita:

Gabriela Silvina Bru (2015). *Narrativas en el campo de la salud mental: una lectura desde la sociología de los cuerpos/emociones*. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/198>

## **Narrativas en el campo de la salud mental: subjetividad, cuerpo y biopolítica**

### **Bru Gabriela**

Licenciada en Trabajo Social UNMDP. Doctoranda en Ciencias Sociales UBA

Integrante del grupo de investigación Discapacidad, sociedad y Derechos Humanos (UNMDP)

Correo electrónico: gabrielasilvinabru@hotmail.com

### **Resumen**

Nuestra investigación cualitativa tiene por objetivo analizar los procesos de producción de subjetividad en el campo de la salud mental a partir de un análisis de narrativas (de personas con padecimiento mental crónico) y normativas (la ley de salud mental) poniendo el foco en la ciudad de Mar del Plata (Curaduría Oficial de Alienados). Desde que comenzamos el recorrido de investigación pudimos concretar diez entrevistas realizadas a personas con sufrimiento mental crónico, diagnosticadas hace más de 20 años. De esta manera, proponemos en el presente trabajo identificar y sistematizar algunos de los procesos de producción de subjetividad que se gestan en el campo de la salud mental mediante el análisis de las entrevistas. En este sentido, expondremos categorías teóricas claves, tales como cuerpo/emoción (Scribano, 2013, 2009), subjetividad/biopolítica (Rose, 2012), y las haremos dialogar con las narrativas construidas en las entrevistas.

### **Palabras claves**

Subjetividad-salud mental-narrativas-biopolítica-cuerpo

### **Introducción**

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) y la ley 26657 de Salud Mental sancionada en el año 2010 (reglamentada por el decreto 603/2013) que adecua nuestra legislación a dicha Convención, son una muestra (normativa-jurídica) de estos cambios. La Ley 26657 reformulan 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). En este contexto, 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.

Nuestra investigación cualitativa tiene por objetivo analizar los procesos de producción de subjetividad en el campo de la salud mental a partir de un análisis de narrativas (de personas con padecimiento mental crónico) y normativas (la ley de salud mental) poniendo el foco en la ciudad de Mar del Plata (Curaduría Oficial de Alienados).

Para abordar este problema de investigación, tomamos como fuente secundaria las normativas jurídicas nacionales (ley 26657 y reglamentación), mediante su análisis documental. Y consideraremos como fuente primaria, los relatos de diferentes actores sociales, a saber: personas diagnosticadas con padecimiento mental crónico y representadas por la Curaduría Oficial (Departamento judicial Mar del Plata). La herramienta para abordar los relatos será 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. Consideraremos 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.

Desde que comenzamos el recorrido de investigación pudimos concretar diez entrevistas<sup>1</sup> realizadas a personas con sufrimiento mental crónico, diagnosticadas hace más

<sup>1</sup>Trabajamos con la entrevista en profundidad como estrategia de indagación. En la guía de preguntas que orienta las entrevistas realizadas 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 de 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

de 20 años. De esta manera, proponemos en el presente trabajo identificar y sistematizar algunos de los procesos de producción de subjetividad que se gestan en el campo de la salud mental mediante el análisis de las entrevistas.

### **Andamiaje teórico: subjetividad/cuerpo/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), Butler (2001), Canguilhem (2004) 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). En Canguilhem podemos rastrear un recorrido similar en la medicina, poniendo énfasis en la naturalización que caracteriza las relaciones, las prácticas y rituales que dinamizan el espacio de la salud. 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.

Por su parte, 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

---

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. Cabe aclarar que, para preservar el anonimato de los entrevistados, los nombres utilizados en los fragmentos de entrevistas son falsos. Constituyen seudónimos seleccionados por los entrevistados.

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 en 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: [1] “la exposición del cuerpo, como inscrito en la presentación social de la persona, como me veo y como tú me ves. [2] la producción de las condiciones de existencia materiales, como inscribimos nuestros cuerpos en dichas condiciones materiales de existencia. [3] como 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 demanda un análisis disgregado. Y aquí está la relevancia del abordaje propuesto: en que presupone su interlocución. En este sentido, 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 los estudios de biopolítica, Foucault (1998) constituye uno de los referentes claves, formulándose preguntas acerca de las formas de regulación de la vida y de los cuerpos en la modernidad, y los modos de articulación del poder de hacer vivir. Rose (2012) partiendo de esta 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 del siglo XXI, 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 los procesos.

### **Molecularización de la vida, optimización del cuerpo y bioeconomía**

#### Molecularización

En la actualidad podemos encontrarnos constantemente con modos de explicar el mundo a partir del cerebro: al acercarnos a una librería vemos que hay títulos expuestos vinculados a lo “importante de entender lo que sucede en el cerebro”, o acerca de “como optimizar las funciones del cerebro”, o bien “que es un cerebro feliz”; asimismo en los medios de comunicación las notas en torno a la temática *cerebro* se presentan como mayor frecuencia. Estos ejemplos dan cuenta de que se extiende culturalmente el lenguaje y los sentidos en torno al cerebro, contribuyendo con el proceso de molecularización de la vida.

Al referirnos a la molecularización de la vida podemos identificar *algunas mutaciones* que cobran especificidad al momento de comprender los modos en que se extiende culturalmente los sentidos en torno al cerebro. En primera instancia podemos identificar el pasaje *de lo molar a lo molecular*. 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. En el siglo XIX, a partir del desarrollo de la medicina clínica, el cuerpo (visible y tangible) se vuelve foco de intervención (el cuerpo a nivel molar, en la escala de los miembros, de los órganos, los tejidos). Posteriormente las enfermedades dejan de proyectarse sobre un plano de superficies directamente perceptibles para dar lugar a un discurso de la profundidad, que buscaba conocer la estructura interna, el cuerpo individual de la persona enferma. Actualmente la biomedicina visualiza la vida en otro nivel: el nivel 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 y recombinadas en nuevas prácticas de intervención, y que no están constreñidas por la aparente normatividad de un orden vital natural (Rose, 2012). Lo clave en este proceso es que las explicaciones moleculares no se limitan a la patología sino que significa 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.

Uno de los aspectos que contribuyó con la molecularización es el desarrollo tecnológico de visualización de cerebro. Ahora existen aparatos para ver el funcionamiento del cerebro vivo. Y además de ser visto, puede ser sometido a ingeniería porque tiene base física visible posiblemente manipulada. Conocer molecularmente implica modificar molecularmente. El cerebro se vuelve plástico y modulado, dando forma o nuevas formas a la conducta humana a través de una intervención en él.

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.

### Optimización

Las tecnologías médicas no siempre buscan el tratamiento de la enfermedad sino el control de los procesos vitales del cuerpo y la mente. Rose (2012) analiza los modos de intervención sobre la vida y describe diferentes instancias de política vital. La primera es la política vital delimitada por la *salud-enfermedad*. La política vital de los siglos XVIII y

XIX fue una política de salud (tasas de natalidad mortalidad, de enfermedad epidemias, de la vigilancia y el control del agua, etcétera). En segundo lugar, encuentra la política vital fundada en *la herencia y el destino de la nación*. Durante la primera mitad del XX el interés por la salud y su calidad se mezcló con una concepción particular de la herencia de determinada constitución biológica y las consecuencias de su reproducción. Se hablaba del futuro de la raza. En el siglo XXI identifica lo que denomina *política de la vida en sí*. Esta última, no se encuentra delimitada por los polos de la salud y la enfermedad, ni se centra en eliminar patologías para proteger el destino de la nación. Se ocupa de la capacidad, cada día mayor de controlar, administrar, redefinir y modular las propias capacidades vitales de los seres humanos. De este modo, no hay distancia nítida entre el propósito de reestablecer el normal funcionamiento de las facultades vitales y el de maximizarlas. En este contexto la práctica del diagnóstico adquiere un nuevo sentido. El conocimiento del genoma humano y las técnicas de examen genético generan nuevas modalidades de relacionamiento reguladas no ya por el principio de riesgo (de elemento ambientales, por ejemplos) sino por el principio de susceptibilidad.

#### Bioeconomía

La bioeconomía implica la capitalización intensa de la biomedicina y biotecnología. Esto va de la mano del surgimiento del biovalor: el valor económico del que se reviste la vitalidad en los actuales circuitos globales. Así, la vida misma se vuelve posible de mercantilización, incorporándose a la lógica y competencia de mercado. “En la era de la eugenesia los trastornos mentales eran patologías, una sangría para las economías nacionales. Hoy son oportunidades vitales para la creación de beneficios privados y crecimiento económico” (Rose, 2012: 407).

Ante la relación economía-vitalidad es imprescindible referirnos a los psicofarmacos. La neuroquímica emerge como una nueva forma de gobierno a partir de un campo de conocimiento especializado. Si el diagnóstico se convierte en un asunto cerebral el tratamiento se conduce al uso de psicofármacos: “recodificar variaciones en el humor, las emociones los deseos y pensamientos, en términos del funcionamiento de las sustancias químicas en el cerebro y actuar sobre sí mismos a la luz de esa nueva codificación” (Rose, 2012: 396). Y esto afecta el modo en que los otros y nosotros mismo gobernamos nuestra conducta.

Las corporaciones farmacéuticas se transforman como resultado de su relación con la ciencia, y con los mercados de valores. Y se constituyen como un motor clave en la subjetivación de las personas, no solo a partir de la comercialización de drogas sino de los padecimientos junto con aquellas. A medida que las enfermedades se vuelven más específicas, también refinan los procesos neuroquímicos que proporciona el vínculo ciencia-psicofarmacología.

Este proceso se puede ver en la cada vez mayor especificación de los manuales de psiquiatría<sup>2</sup>:

- La Clasificación internacional de enfermedades (CIE). A diferencia del DSM, tiene versiones específicas en diferentes países. Resulta curioso mencionar una de las transformaciones realizadas en la última versión: en la que se incluye la subcategoriza “sin especificación” (trastorno mental sin especificación). Dice el CIE10 de esta: “categoría residual no recomendada, para cuando no pueda recurrirse a otro código (F00-F98).

- El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). Elaborado por la Asociación Estadounidense de psiquiatría (APA). En el año 1952 se edita su primera versión, 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. Entre otras cosas, 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 (ejemplo medicalización de la pobreza, de la infancia y de la vejez).

---

<sup>2</sup>Desde el siglo XVII se crean clasificaciones de los padecimientos mentales. Los primeros utilizaban criterios fundamentalmente morales, y no había una distinción de la locura como enfermedad. Las sugerencias de tratamientos iban desde procedimientos para regular la conducta, hasta heridas en la cabeza de modo de ventilación, o baños de agua fría para calmar el alma. Fines del XIX, el alienismo con su observación metódica y constante pudo distinguir las enfermedades que correspondían a lo mental (de las orgánicas), y generó una clasificación nosológica. En el siglo XX, el desarrollo de estas adquiere otras dimensiones (Castel, 2006).

- Patologizar conductas o actitudes que podrían ser pasajeras (tales como el duelo ante la pérdida de un ser querido)
- Tratamientos masivos con medicación innecesaria.
- Las nuevas categorías construidas por el DSM-V no tendrían suficiente base empírica para ser aceptadas. Están ligadas a intereses de laboratorios farmacéuticos.

Estos últimos son los responsables del refinamiento molecular de los recursos psicofarmacológicos. Generando la *farmacologización de la salud mental y su ingreso a los patrones de consumo global*.

### **Primeras hipótesis de la lectura de entrevistas de investigación**

Desde que comenzamos el recorrido de investigación pudimos concretar diez entrevistas 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. Considerando los relatos analizados, a continuación compartiremos algunos de los fragmentos y su articulación con lo trabajado en los apartados anteriores.

Un elemento que 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 y moviendo el cuerpo lado a lado. Este elemento fue crucial para comenzar a poner atención a los procesos moleculares. Significar molecularmente lo que les sucede con el sufrimiento mental es una peculiaridad de las narrativas de los entrevistados acompañado de una metáfora visual del cerebro. Esto lo encontramos tanto al momento de explicar cómo viven el sufrimiento mental, cuales son las demandas que les realizan a los médicos-psiquiatras, como estos refieren a su enfermedad y en el lenguaje. Los siguientes fragmentos de la entrevista que recreamos con Maria y Pedro, dan cuenta de este proceso.

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

(Maria) Mi vida cotidiana hay que pensar que me hicieron de todo. Fui al traumatólogo y me dijo quédate tranquila que *esto viene de la columna no del cerebro*.

(Entrevistador) Vos pensabas que venía del cerebro.

(Maria) 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 agarro mi mano y me dijo “¿vió como tiene su mano? Al cerebro le pasa lo mismo”.

(Pedro) A mí también me dijeron de estudiar.. pero yo no se

(Entrevistador) ¿Por qué?

(Pedro) No no...todo bien al principio pero después yo no puedo.. no puedo..exigirme..porque entonces..se me deshilacha todo, las ideas. Se me hace un quilombo en la cabeza. Para mí es mucho demasiado. 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 eso como lo llevas, la medicación digo..

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

La modelación de la subjetividad es posible mediante la intervención a nivel molecular. La neuroquímica emerge como una nueva forma de gobierno a partir de un campo de conocimiento especializado. En la cronicidad la prescripción de la medicación es para toda la vida y esto indica cómo se convierte aquella 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 guiada por bioeconomía 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 si mismos de nuevos modos.

Al tratar las terapéuticas recibidas, la psicofarmacología es un tópico posible de analizar en todas las narrativas de los entrevistados. 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 permite 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. La responsabilidad es la condición para la efectividad del tratamiento.

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 esta

interviene en la producción de subjetividad. Porque aquella regula 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.

Esto genera una transformación en la subjetividad, asociada a que las personas con padecimiento mental crónico, son además de insanas y pacientes también consumidores. Volviéndose los servicios bienes de consumo, en un contexto de bioeconomía. Los, antes, pacientes son hoy usuarios de servicio de salud. El reclamo de la atención como un bien de mercado en cuanto que perciben gozar del mismo tipo de autonomía que cualquier cliente o consumidor de un servicio. El estado, las prepagas y obras sociales se vuelven centrales para el consumo de la medicación, ya que gran parte del tiempo de los entrevistados es dedicado a gestiones y trámites para el acceso a los psicofármacos. El vínculo entre paciente y prestador (ejemplo obra social) instala descripciones de un orden mercantil, legitimando referencias como la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, provenientes de la lógica económica.

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. No porque molestes, 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 en la clínica, hay puf de medicación te encajan con todo (Gabriel)

En el año 2010 es sancionada la ley nacional de salud mental 26657 (dos años después reglamentada por el decreto 603/2013). En el siguiente esquema exponemos algunas implicancias de esta normativa.

Reconceptualizaciones	Concepción integral de la salud y de los mecanismos de intervención, 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.
Participaciones de diversos actores sociales	Miembros de la comunidad, familia, trabajadores de la salud, organizaciones no gubernamentales y asociaciones de usuarios, nuevos

	elementos administrativos como el Órgano Consultivo.
Reforma de las instituciones	Sustitución del régimen asilar por otros dispositivos. Tratamiento ambulatorio y abordaje comunitario.

Uno de los tópicos relevantes a trabajar en nuestras entrevistas era las significaciones en torno a esta ley. En algunos casos, los entrevistados proponían un cambio de tema al ser preguntados. Otros manifestaban desconocimiento en torno al marco normativo. Esto no implica que no interpelan elementos que la norma menciona: han referido a la autonomía, al consentimiento en las internaciones, al trabajo interdisciplinario a lo largo de las entrevistas. Sin embargo, estas cuestiones no aparecen asociadas a una ley, sino a las prácticas que han orientado su tratamiento y que han modelado su vida y el pasaje por las instituciones.

Vemos como las normativas son solo 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 del etiquetamiento, de la desmanicomialización y de la desinstitucionalización encontramos las normativas (ley de salud mental, 2010; y Convención de los derechos de las personas con discapacidad, 2006), pero simultáneamente en 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.

### **Consideraciones**

Primeramente aludimos a los aspectos teóricos. Estos proporcionaron una perspectiva a partir de la cual construir las primeras hipótesis en relación a las narrativas de los entrevistados de la investigación. Así pudimos sistematizar algunas de las modalidades mediante las cuales se modela la subjetividad en el campo de la salud mental. 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. 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**

BIANCHI E. (2014) Biopolítica: Foucault y después? Contrapuntos entre algunos aportes límites y perspectiva asociadas a la biopolítica contemporánea. En Astrolabio. N 13, 2014. ISSN 1668-7515

BRU, G. (2014) Producción de subjetividad: un modo para comprenderla complejidad de las prácticas en el campo de la salud mental. Publicado en Revista Debate Público. Edición Noviembre 2014. ISSN 1853-6654

BUTLER, J. (2001) Mecanismos psíquicos de poder. Edit. Ctedra. Madrid

CANGUILHEM, G. (2004). Escritos sobre medicina. Amorrortu: Buenos Aires.

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) Historia de la locura en la época clásica III Edit. Proyecto Espartaco.

\_\_\_\_\_ (1998b) La voluntad de saber en Historia de la Sexualidad I. Edit. Siglo XXI

\_\_\_\_\_ (2000) Los anormales. Edi. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires

\_\_\_\_\_ (1992) Microfísica del poder. Edit. Las Ediciones de La Piqueta. Madrid

\_\_\_\_\_ (1998b) La voluntad de saber en Historia de la Sexualidad I. Siglo XXI

GUATTARI F. y ROLNIK S. (2006) Micropolítica. Cartografía del deseo Edit Tinta limón. Buenos Aires.

LOURAU, R. (2001). El análisis institucional. Amorrortu: Buenos Aires.

MURILLO, S. (2011) Estado, sociedad civil y gubernamentalidad neoliberal. En Revista En-tramados y perspectivas de la carrera de Sociología Vol. 1, No. 1. Junio de 2011. ISSN. Pags. 91/108.

\_\_\_\_\_ (2013) La medicalización de la vida cotidiana en Ciencias Sociales Revista. De la facultad de Ciencias Sociales. UBA No. 83. Mayo 2013. pags. 44 a 49.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. (2002) Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada Edit. Universidad de Antioquia. Strauss. Medellín.

ROSE, N. (2012) Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. Edit. UNIPE. Buenos Aires

SCRIBANO, A (2008). El proceso de investigación social cualitativo. Bs As, Prometeo.

SCRIBANO, A. (2002). De Gurúes, profetas e ingenieros. Ensayos de Sociología y Filosofía. Córdoba: Copiar.

SCRIBANO, A. (2007). Mapeando interiores. Cuerpo, conflicto y sensaciones. CEA-CONICET-Universidad Nacional de Córdoba. Jorge Sarmiento Editor: Córdoba.

SCRIBANO, Adrián (2012) “Sociología de los cuerpos/emociones” en: *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*. N°10. Año 4. Diciembre 2012-marzo de 2013. Córdoba. ISSN: 1852.8759. 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.