

I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

La subjetividad al olvido: una mirada crítica sobre las prácticas diagnosticistas y las estrategias de medicalización en el campo de la salud mental.

Rubio, Raquel.

Cita:

Rubio, Raquel (2015). *La subjetividad al olvido: una mirada crítica sobre las prácticas diagnosticistas y las estrategias de medicalización en el campo de la salud mental. I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-079/271>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

I CONGRESO LATINOAMERICANO DE TEORIA SOCIAL

**¿Por qué la Teoría Social?
Las posibilidades críticas de los abordajes
clásicos, contemporáneos y emergentes.**

**19 al 21 de agosto de 2015
Buenos Aires, Argentina.**

MESA 43: Aportes de la Teoría Social para pensar procesos de subjetivación.

TITULO DE LA PONENCIA: *“la subjetividad al olvido: una mirada crítica sobre las prácticas diagnosticistas y las estrategias de medicalización en el campo de la salud mental”*

Nombre y apellido: Raquel Rubio

Pertenencia Institucional: Facultad de Ciencia Política y RR.II. UNR

Correo electrónico: raquelr06@hotmail.com

I. *Introducción:*

La ponencia, pretende sacar a luz la cuestión de los procedimientos discursivos y los factores de naturalización que intervienen en el rito institucional, inscripto en el binomio relacional “acto psiquiátrico” / “acto diagnosticista”, provocando que la “operación clasificatoria” le sustraiga al sujeto su condición de individualidad. Interviene aquí un proceso de *objetivación-reducción*, por medio del cual, el sujeto se convierte en espectador y en el más fiel representante del mensaje del “acto clasificatorio”. Esto produce como efecto, una expansión de la *psiquiatrización/medicalización* del sufrimiento psíquico, incluso, extensible a cualquier proceso normal de la vida cotidiana susceptible de ser resignificado médicamente. En ello, adopta una relevancia significativa, analizar los efectos de los *procesos de medicalización* como estrategia biopolítica de control social. El cual, se sirve de diferentes puntos de apoyo, expresados o mediados por una compleja, sutil y compatibilizada relación entre racionalidad y violencia, definiendo cómo debe ser el acceso y permanencia de la población en la vida.

En este contexto, se toma en cuenta la conflictividad del campo de la Salud Mental y sus contradicciones, frente al impacto que produce la intervención de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/10, como dispositivo jurídico-histórico-político, productor y garante de procesos de subjetivación.

Por consiguiente, el análisis se inscribe teniendo en cuenta una mirada crítica y contextualizadora de los procesos sociales, la cual, porta el ánimo de despertar nuevas pistas,

para seguir problematizando el anudamiento que se produce en torno a las relaciones de poder, la verdad, el sujeto. Para no agotar la curiosidad reflexiva y seguir preguntándonos: ¿bajo que condiciones se producen sujetos?

En este sentido, el concepto de crítica trabajado por Foucault, resulta sumamente atractivo, al momento que permite recobrar una ligadura con la dimensión política, al proponer una genealogía política de la formación de las distintas prácticas modernas que tuvieron lugar en los distintos ámbitos de la vida social, en relación con el proceso de gubernamentalización que se dio en Occidente a partir del siglo XV. En este autor: “la crítica se atribuye el derecho de interrogar a la verdad acerca de sus efectos de poder y al poder acerca de sus discursos de verdad”¹

Siguiendo este lineamiento, se aborda un trabajo interpretativo-reflexivo, desde enfoques y tradiciones de pensamientos diversos (corrientes post-estructuralistas, psicoanálisis, hermenéutica, etc.), en su mayoría, emparentados con la perspectiva de “descentramiento del sujeto”.²

Parto de reconocer metodológicamente, que la opción por esta heterodoxia, opera como ventaja y no como debilidad, a la hora de explicar, comprender e interpretar la complejidad del mundo social.

II. *El proceso de medicalización y su articulación a las funciones de control social como parte de un ejercicio microfísico de poder.*

La *medicalización* en el campo de la Salud Mental, como práctica de control social generalizada, funciona sobre la base de la autoridad que le infiere la hegemonía del “acto psiquiátrico”. Legitimado éste, en un proceder socialmente autorizado, convalidado en el “acto diagnosticista”. De esta manera, se sigue garantizando una progresiva vigencia de la aceptación social de la fijación de los límites entre lo normal y lo patológico, avalados por un régimen de enunciados en donde el saber psiquiátrico y otras disciplinas como la neurociencia despliegan toda su fuerza.

¹ FOUCAULT, MICHEL, *Le Gouvernement de soi et des autres, Gallimard-Seuil*, París, 2008, p.8 (El gobierno de sí y de los otros, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2009). Citado en Anestesia y parálisis: sobre la analítica foucaultiana del poder. CASTRO, E. (2012) *Michel Foucault. El poder, una bestia magnífica*. 1ª Ed.- Buenos Aires; Siglo Veintiuno Editores.

² Esta perspectiva surge bajo diversos aspectos en la literatura post-estructuralista (Foucault, Barthes, Lacan, entre otros). En su mayoría comparten una clara actitud crítica hacia el cartesianismo y hacia toda filosofía, que aborde la conciencia como un dato sobre el que puede establecerse el fundamento de las pretensiones de conocimiento.

Formaciones discursivas que recorren una época “consumista”, asociados a los criterios de una sociedad neoliberal, en donde la fijación de los límites se ha estirado, hasta tal punto, que cualquier malestar puede entrar en la categoría de comportamiento enfermo.

Este *proceso de medicalización*, en palabras de Foucault, bien puede comprenderse como un fenómeno más amplio, que es la *medicalización general* de la existencia. Con remisión a los parámetros de legalidad y legitimidad engendrados en el siglo XVIII, y que conquistaron una sociedad de derecho, que más tarde le abre las puertas a la sociedad de la norma, la salud, la medicina, la normalización, que es nuestro modo esencial de funcionamiento en la actualidad.

Observamos así, que la estrategia de la *medicalización*, atraviesa y surca el campo de la salud mental, poniéndolo en tensión. Lo que nos permite arrojar un manto de sospecha sobre la taxativa división que se pretende realizar entre *Psiquiatría/Salud Mental*.³ En un sentido inverso a como opera en la psiquiatría tradicional, el concepto de salud mental, alude a la idea de un sujeto del sufrimiento mental, con historia, con sensibilidad, con experiencia, con memoria, incluyéndolo en la comprensión conjunta de su malestar psíquico. Esto, destierra la idea de un campo que uno podría presumir “definido”, sino que aparece propenso a ambigüedades que ocultan relaciones sociales de dominación. En esta dirección Bustello (2005:254), agrega: “...lo que conduce a imprecisiones que uno podría afirmar que no son “*inocentes*”. La firmeza de este supuesto, radica en la expansiva vigencia que viene teniendo esta estrategia *medicalizadora* y su modo particular de articularse a las funciones de control social, como parte de un ejercicio microfísico de poder. Es decir, la *medicalización*, como técnica de gobierno, existe como pieza de poder, traducido en prácticas que se ejercen de manera “disciplinar” sobre los cuerpos. El análisis foucaultiano dirá que este dispositivo no destruye, sino que provoca la construcción de un tipo particular de individuo, un hombre producido, que debe ser leído bajo un cierto régimen de discurso.

Problematizada desde corrientes disciplinares diferentes⁴, la noción de *medicalización* puede, de manera muy vaga ser referida a los procesos que permitieron en la sociedad occidental moderna, de los últimos dos siglos sobretodo, que se integraran como

³ Desde un análisis hermenéutico, estamos aquí ante la presencia de una relación de disyunción en dos semas (psiquiatría-salud mental) y de conjunción (por un rasgo común influyente, en este caso establecido por la racionalidad de las clasificaciones en salud mental). Entendiendo por semas, aquellas “unidades de significación construidas a partir de sus estructuras relacionales (de jerarquías, de diferencias y/o de oposiciones), por lo que, los términos en un análisis exhaustivo se definirían enteramente como una colección de semas. Para este punto véase RICCOEUR, P. (2008) *El conflicto de las interpretaciones. Ensayos de la Hermenéutica*. 1ª ed. 2da. Imp. Buenos Aires, Fondo de Cultura

⁴ Sociología estructural funcionalista norteamericana, historia de las ciencias francesa, criminología crítica italiana.

objetos y campos propios de las disciplinas, instituciones y saberes médicos, prácticas sociales y cuestiones que con anterioridad no eran remitidas al terreno de lo `médico`. Entre sus expresiones más significativas, se destaca la conversión de la locura en enfermedad y, por lo que las corrientes de sociología americana de base estructural funcionalista denominan “desviación social”. (GERMAIN, M. 1998).

Atravesar analíticamente este dispositivo, desentrañando los mecanismos de poder, que en él se imbrican, nos permite despuntar los signos salientes, que desde el proyecto civilizador de la modernidad, conforman los fenómenos de dominación y de control social. Para poder comprender los procesos de segregación y de descalificación cultural y social que un determinado proyecto socio-histórico produce. En esa poderosa relación, la cuestión de la producción y normalización de ciertos saberes, jugarán un papel estratégicamente central. En este caso particular, la biología, la medicina, la fisiología, recorren el pensamiento moderno, para plegarse a sus intenciones normativas: vale decir: “conocer mejor para actuar mejor y así anular la enfermedad”.

De esta manera, la psiquiatría, se incorporará como disciplina portadora de un saber especializado, configurado bajo parámetros científicos importados de estos y otros conocimientos, de puro corte positivista. Entre ellos, distinguimos a: la medicina general en el siglo XIX, la perspectiva anátomo clínica, hasta la actual neurobiología y la neurociencia, que le permiten presentarse socialmente como basada en evidencias científicas. Esta psiquiatría, se convalida sobre prácticas fundadas en un supuesto saber del especialista, que impone nombres, diagnósticos, clasifica los síntomas y actúa sobre ellos, prescindiendo del sujeto que lo padece. Así, el saber psiquiátrico, tiene sus implicancias en lo social y en la formación de la cultura, imponiendo sus significaciones y valores, constituyéndose, aunque no de manera absoluta o exclusiva, en la norma disciplinaria que separa lo normal de lo anormal. Instituyó, tanto en el lenguaje médico como en el conocimiento común en el lenguaje cotidiano de la gente, la idea de enfermedad como categoría natural de la anormalidad. Sin requerir de ninguna acción demostrativa, la interpretación de la enfermedad como natural, va a privar al individuo de la argumentación racional. En este mecanismo, el sujeto queda corrido, sacado de escena de esa experiencia, su “palabra de ignorancia”, censurada en su capacidad de significar y comprender es reemplazada por una “palabra autorizada”. El objetivo es retornar el sujeto a la razón, normalizando su pensamiento. Se asiste de esta manera, a la negación de su condición humana, al sujeto se lo neutraliza, se lo fuerza a no ser loco: “sin el reconocimiento del valor humano de la locura, dijo Francois Tosquelles, es el hombre mismo que desaparece”

El poder que ejerce el pensamiento médico, organizado bajo los mandos de la norma, tiene la potestad de decir que es normal y que no lo es. Esta distinción, se separa de la composición binaria entre lo lícito/ilícito, inherente al pensamiento jurídico. Esta separación, le permite asignarse medios de corrección que no tienen como fin aplicar estrategias de castigo. Si no que, tiende esencialmente producir toda una tecnología de comportamiento del ser humano, lograda vía diferentes medios (correctivos, en ocasiones con tintes punitivos) de transformación del individuo.

El poder político de la sociedad capitalista, en el pensamiento foucaultiano, instrumentó dispositivos de disciplinamiento y de control, sobre una estricta estrategia individualizadora, donde cada cual pudiera, efectivamente, ser percibido por el ojo del poder. Foucault (2012:36) en este sentido dice: “...en el orden capitalista que estaba naciendo, fue menester entonces una vigilancia precisa y concreta sobre todos los individuos, y creo que la medicalización a la que me refería está ligada a esa necesidad” (en defensa del orden societal reinante)⁵

En este contexto, el psiquiatra moderno, anclado en un absolutismo ontológico, abraza la ilusión de una objetividad de sus juicios diagnósticos, cuyo sentido y valor performativo, al decir de Galende, E (2008) ignora, creyendo que “la enfermedad”, descubierta, nombrada y clasificada, es una realidad objetiva preexistente, una cosa, un objeto más de la naturaleza biológica, que se ofrece a ser aprendido por el nombre: el concepto y la cosa devienen “uno” (totalizante), para este modo de pensar.

Podemos así observar que, la psiquiatría reposa en la razón moderna, que excluye todo lo que no es igual a su razón, a sus modos de pensar, de creer. Todo lo que no pueda subordinarse a los parámetros y valores de la misma, está amenazado de exclusión, de encierro, de aniquilación, de medicalización. Por lo que la enfermedad, en una determinada organización económica y social, es todo aquello que se encuentra práctica o teóricamente susceptible de ser clasificado, codificado, diagnosticado, medicalizado. En este proceso, el dispositivo disciplinar se constituye acompañando la extensión social de la normalización, lo que nos permite constatar que la fijación de los límites entre lo normal y patológico no es de producción exclusiva de la psiquiatría, aunque sean estas prácticas y saberes las que capitanean el proceso. La vigencia del modelo médico, queda en mayor grado evidenciada, al poner toda la preocupación en el funcionamiento del dispositivo de la locura, expresada por excelencia en la hegemonía de las “instituciones totales” que bien describe Goffma (1980) en su obra *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*.

⁵ Entre paréntesis agregado mío.

En contraposición a las posturas desarrolladas, las dos perspectivas principales que nos introducen a la problemática de la subjetividad en el siglo XX, para una comprensión del sujeto moderno, son el psicoanálisis y la fenomenología de Karl Jaspers, quien funda la psicopatología. Ambas, si bien parten de posiciones epistemológicas distintivas, apuestan a una comprensión de las articulaciones entre los procesos subjetivos, la cultura y el funcionamiento de la sociedad.

En relación a estas consideraciones, GALENDE, E (2008) se pregunta, si a lo largo del siglo pasado gran parte de la psiquiatría fue receptiva de esas perspectivas: *“¿Cómo es posible este olvido, este retorno de la razón instrumental que se propone fundar un conocimiento biológico de los trastornos psíquicos con la sola inclusión de los conocimientos de la psicofarmacologías?”*

Con relación a esta realidad, es indispensable resituar la cuestión del funcionamiento social de la psiquiatría y sus estrategias de reconocimiento, en un contexto (actual) en donde Galende E (2008) introduce la idea de una nueva “lucha simbólica” por las definiciones y el reconocimiento social de la legitimidad de las prácticas implicadas en el campo de la salud mental. Esta lucha, entendemos, debe ser puesta en interpelación y en interlocución con los principios y metas que integran la actual Ley Nacional de Salud Mental (26657/10), vigente para todo nuestro territorio geográfico. Poner a la disciplina en interrogación, deconstruirla, permite visualizar las relaciones de fuerzas puestas en juego, analizar su papel como aparatos ideológicos (Althusser) y su función social de disciplinamiento y control. Esta perspectiva, asociada al pensamiento foucaultiano, nos permite trazar un territorio combinado entre formas de saber y su relación con la dominación, capaces de generar formas de subjetividad con la marca de la disciplina, que llevaron a conceptos hoy vigentes en las ciencias sociales como el de “institucionalización” y “producción de subjetividad”.

El develamiento de un mismo dispositivo de disciplinamiento y control, aplicado hoy, por ejemplo, a los dos manuales internacionales más importantes de clasificación de enfermedades mentales, da lugar a la formación de un nuevo indicador para comprender la función sobre la subjetividad de este poder institucional, que constituye el saber médico-psiquiátrico.

En este orden de ideas, el resurgir de la definición médica del trastorno mental como enfermedad, sostiene un *proceso de medicalización* que logra su eficacia social y simbólica, ligada a un montaje de sistemas clasificatorios exhaustivo de enfermedades diversas, concentrado en: 1) El “Manual de Clasificación Estadísticas Internacional de

Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud” (CIE). El mismo, destina un capítulo específico (Cap. V) para “trastornos mentales y del comportamiento”. Y 2) El “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM, siglas inglesas), creado por la Asociación Americana de Psiquiatría, que interviene de manera complementaria con el anterior.

En este sentido, la *medicalización*, en contraposición a la práctica política, en la que debería ser comprendido el *acto de medicar*, en cuanto acto médico por excelencia, se encuentra fuertemente atravesada y condicionada por factores políticos, sociales, económicos y también culturales de época, que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica. Sus efectos, en la medicina de la mundialización capitalista, quedan evidenciados en sus objetivos de rentabilidad y ganancia, como único foco de interés.⁶

Los *procesos de medicalización*, término acuñado por Ivan Illich en 1978, y al interior de ellos, los de *medicamentación* como recorte preferencial de una práctica interventiva, representan una forma innovada de tecnología de control social. Su poder, radica en la concepción economicista que adopta, y que hace perdurar en su constante repetición, cada vez que este proceso es aplicado. Esta postura ideológica, no respeta sociedades, ni gobiernos, ni culturas, ni humanidad, ni sujetos. Solo existe el “mercado”, aliado a un economicismo a ultranza, proveniente del más profundo discurso neoliberal. Este mecanismo de control social, se monta en la hegemonía que muestra una psiquiatría que marcha sobre un rumbo regresivo de criterios biologistas, en el marco de una perspectiva que denominamos neopositivista. Esta mirada, concibe el pensamiento, reducido a un circuito neuronal y, el deseo a una secreción química.

En este encuadre teórico, la enfermedad es concebida como una *falla* que hay que suprimir, y no un problema a entender, provisto de una interpretación etiológica. Por consiguiente, la psiquiatría positivista, al considerar el trastorno como enfermedad, prescinde del sujeto, e ignora el conflicto que expresa el síntoma, ya que éste sería solo signo de un desorden en sus equilibrios cerebrales, que a través del medio artificial del medicamento es posible de suprimirlo. Este giro de la medicalización, la tentación por el remedio rápido, es contributivo de un fenómeno de *desubjetivación*, que impone ser comprendido, analizando la hechura del procedimiento mismo, definida en la propia “cuestión” diagnóstica, que sobre la base de clasificaciones de pretensión universal, tiene la facultad de convertir los “*términos*

⁶ Véase CHAVERO, M. (2009). “*Medicamentos: la mercancía exquisita del capital vernáculo*” (artículo). Revista Topía. N° 54, nov.2008/mar. 2009. Buenos Aires.

diagnósticos, de palabras a códigos alfanuméricos”, activando un proceso de cosificación/reducción. Este proceso, habilita científicamente la transformación del sujeto en objeto, expresado en la “entidad morbosa” producida: el *diagnóstico-trastorno*, situándose como ejemplo paradigmático de un producto humano reificado.

Los dos grandes manuales presentados más arriba, responden semiótica y funcionalmente a estos criterios de científicidad mencionados, ajustados a un enorme tablero clasificatorio para albergar cada trastorno y, a todas las subdivisiones que de él se desprendan, para luego trazar todos los casilleros necesarios y aplicar la droga correspondiente. A partir de aquí, podemos constatar, por ejemplo que el DSM, a lo largo de todos estos años, desde su primer lanzamiento en 1952, fue ampliando progresivamente el cuadro de nomenclaturas clasificatorias de manera persistente. En cada una de sus versiones actualizadas, decenas de “patologías nuevas” han hecho aparición⁷. Esto, ha contribuido que un número creciente de hechos de la vida cotidiana se transformen en patologías que hay que tratar. Vale decir, su impacto queda expresado en la *psiquiatrización de la vida cotidiana*, en cuanto que, toda conducta puede ser definida como un trastorno. En esta perspectiva, la noción de *psiquiatrización*, alude directamente a la idea de una subjetividad reducida a los componentes orgánicos del cuerpo y se operacionaliza a expensas de una connivencia que mantiene con la industria farmacéutica.

La crítica especializada a nivel mundial (British Medical Journal), ha nominado a estos manuales como verdaderos “inventores de enfermedades”⁸ y han denunciado que procesos normales de la vida, como nacimiento, envejecimiento, adolescencia, sexualidad, tristeza, infelicidad y muerte, están siendo sometidos a permanente medicación.⁹ En esta línea de pensamiento, CARPINTERO, E. (2011:11), refiere que: “*Al dar una resignificación médica a circunstancias de la vida cotidiana, el sujeto no sólo se convierte en un objeto pasible de enfermedad, sino también culpable por padecerla. La búsqueda de la salud se*

⁷ En su primera versión (1952) se registran 106 categorías diagnósticas, hoy el DSM V supera ampliamente las 300.

⁸ “Los inventores de enfermedades”, es el título de un libro escrito por Jorge Blech, biólogo y bioquímico alemán, redactor médico y científico de *Ster, Zeit y Der Spiegel*. Citado por PUNDIK, J. *El DSM: La Biblia del Totalitarismo*. “*La Subjetividad Asediada. Medicalización para domesticar al sujeto*”. CARPINTERO, E. y compiladores (2011).

También asociado al fenómeno conocido como “*disease mongering*”, traducido como “*promoción de enfermedades*”.(agregado mío)

⁹ “*Sabemos cómo se partió del delirio y la locura manifiesta, se pasó luego por el alcoholismo, la depresión y los duelos, las neurosis más adelante, para llegar a las adicciones, los comportamientos bizarros de las psicopatías, los actuales trastornos de personalidad, hasta los meramente trastornos de ansiedad. La lista honesta cerrada, cada tanto nos enteramos de un nuevo malestar que se incorpora a las categorías de comportamiento enfermo y es pasible de tratamiento especializado*”. GALENDE, E. (2008:55). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. 1ª Ed. Buenos Aires, Lugar Editorial.

transforma en una exigencia que en muchas ocasiones genera enfermos imaginarios de enfermedades creadas por los propios laboratorios.”

Bajo este enfoque, las técnicas de evaluación, en términos *diagnosticistas*, transforman y diluyen a los sujetos en un número leíble diferencialmente, en un régimen estadístico que agrupa clasificaciones, convirtiendo a este dispositivo en el mayor ataque a la subjetividad y de intromisión totalitaria en la vida de los individuos.

Estas someras, pero precisas consideraciones, nos permiten plantear que la *medicalización*, como estrategia dominante de control social, es un problema político de primer orden, que por tal, requiere de una respuesta igualmente política. Que permita pensar al sufrimiento o padecimiento psíquico no como una falla, sino como una posibilidad de ser de lo humano. En donde el individuo supere la instancia de ser un recurso humano evaluado, reducido a cifras, a curvas de “indicadores”, para ser incluido en una estrategia asistencial donde el fármaco sea (realmente) un instrumento de carácter netamente terapéutico. Que lo conecte a una manera de vivir y no de matar la vida.

Como hemos visto, la estrategia de introducir diferenciaciones entre los individuos pervive en formas renovadas de mecanismos de normativización, de disciplinamiento. Más bien, el análisis genealógico emprendido, nos permite señalar cómo viejas prácticas cumplen funciones nuevas o se articulan con prácticas inéditas, configurando un espacio novedoso en el que la acción política, puede seguir resultando por ello eficaz. Michel Foucault y la riqueza de su dispositivo teórico nos ha permitido ahondar los designios de los esquemas de pensamiento, formas políticas y económicas que forjó el proyecto de la modernidad, sobre una racionalidad asentada en la filosofía de un sujeto-centro, dueño de la escena, de la conciencia, del conocimiento. Un sujeto como garante y/o resguardo de la razón, en sintonía con los valores de la ilustración. La razón moderna, de esa manera, se sitúa en el marco de determinadas configuraciones socio-históricas, sobrevalorando el papel de la ciencia, por sobre todos aquellos conocimientos que no respondiesen a un status de cientificidad.

De aquí, la necesidad de incorporar aportes de la lingüística, de la semiótica, del post estructuralismo, de la hermenéutica, del psicoanálisis, que si bien denotan trazos epistemológicos diferentes, se agrupan para poner en crisis la noción tradicional de sujeto, planteando su relación con “lo político” y la “acción política”. Lo que conlleva como efecto, el reconocimiento de la existencia de múltiples sujetos, portadores de múltiples identidades, producidos en la intersección de prácticas y discursos diversos. En esta matriz de conocimiento, la subjetividad emerge no “como cosa en sí”, sino como producto, como efecto de dispositivos, de instituciones, que definen *modos de subjetivación*

III. *La subjetividad al olvido.*

¿Cómo ha sido posible la eliminación del sujeto en la comprensión y el tratamiento brindado al sufrimiento psíquico?

“Las cosas no llegan a la existencia sino en la medida que pueden formar los elementos de un sistema signifiante” (Foucault, 2002:370). A partir de esta sugerente reflexión, trataremos de ir deshilvanando la “cuestión” del procedimiento clasificatorio, por medio del cual, el “acto clasificatorio”, dotado de un lenguaje especializado, le sustrae al sujeto su condición de individualidad para transformarlo en “cosa”. Este punto de partida, nos empuja, aunque de manera acotada, valernos de conceptos provenientes de la tradición marxista, para referirnos al mecanismo de *reificación, reducción y semióticos*, que entendemos participan en todo procedimiento clasificatorio. Chavero, M. (2008), en un ejercicio epistemológico de su autoría, nominado *El carácter fetichista de la clasificación en Salud Mental y su secreto*¹⁰, propone para una mejor intelección, concentrarnos en el mecanismo de *reificación/cosificación*, a ser aplicado en el análisis del producto del DSM, el diagnóstico-trastorno. Para ello, realiza un rastreo teórico, partiendo del “*carácter fetichista de la mercancía*”, trabajado por Marx, y retomado ampliamente por George Lukács (1885-1971). Estudios que le permitieron a éste último, profundizar sus reflexiones sobre el fenómeno de *cosificación* en la sociedad contemporánea. En palabras de Chavero M. (2008), este autor justifica la elección de la *mercancía* como la categoría cuyo análisis permite comprender “todas las formas de objetividad” y “todas las correspondientes formas de subjetividad”...de la sociedad actual, es decir: “el carácter fetiche de la mercancía como forma de objetividad y...el comportamiento subjetivo correspondiente.”¹¹ De esto se desprende, que la esencia de la estructura de la *relación mercantil*, determina que una relación entre personas, cobra el carácter de una *coseidad*, borrando la huella de su naturaleza esencial, el ser una relación entre hombres. La identificación de este encuadre teórico, nos permite plantear que el producto de una clasificación de enfermedades de Psiquiatría/Salud Mental, un

¹⁰ CHAVERO, M. Médico psiquiatra (Hospital Psiquiátrico de Oliveros, Santa Fe). Magíster en Salud Pública. Docente titular de la materia electiva “Salud Pública y Derechos Humano”. Facultad de Medicina (UNR). “El carácter fetichista....” para Seminario de Epistemología de las Ciencias Sociales. (2008). Facultad de Ciencia Política y RRII. UNR

¹¹ .Categorías trabajadas por el autor en sus obras *Historia y Conciencia de clase* (1985) y en *La cosificación y la conciencia del proletariado* (Tomo II, Acápate I), en el apartado que analiza *El fenómeno de la cosificación*. (Citado por Chavero, Mario. Op.cit)

Diagnóstico, se presenta como un ente dotado de una “objetividad fantasmal”, mostrándose frente a sus fabricantes, a la manera de un objeto científico con autonomía y validez per se, por derecho propio y reemplazando a los procesos de la vida (“salud-enfermedad”, en este caso) a los que supuestamente intentan representar. De manera sintética, esto conlleva a concluir que, en el procedimiento clasificatorio, un acto humano, se transforma en un hecho natural/objetivo y su resultado un producto cosificado. Se distingue así, uno de sus cometidos implícitos: la limitación, y aún la abolición de la subjetividad (tanto de la del investigador/clasificador como la del investigado/paciente).

Por otro lado, pero en la misma dirección analítica, considero pertinente trascender la dimensión explicativa y adentrarnos en la arqueología del entramado de aquellos elementos que constituyen la dimensión simbólica y semiótica de este dispositivo clasificatorio, lo que éste pone de manifiesto, pero también su “expresividad”. Para poner de relieve, lo que dice y lo que viene a decir en el discurso que impone: no solo comunicación de lo comunicable, sino también símbolo de lo no comunicable.

Reconocer esta dimensión lingüística-semiótica en la que se inscribe, es reconocer la instalación de un lenguaje que surge del acto descriptivo-argumentativo. Operación que no carece de ingenuidad, en tanto nos lleva directo al terreno político-ideológico, al imponer un tipo de lenguaje dominante: el discurso médico-psiquiátrico. Estructurado sobre un lenguaje reglado por normas, pactadas por los usuarios que integran esa comunidad de competencia. Responde a un saber localizado/especificado, en donde funda todo su poder. Este lenguaje especializado, produce significaciones, construyendo un sistema arbitrario de representaciones. En este terreno, reconocemos opera su mayor eficacia, que más bien, no radica en el nivel de los términos en sí mismos, ni en la supremacía de las nomenclaturas o en sus códigos. Sino que, radica en cómo todo ese arsenal de parejas y combinaciones categoriales transforman las palabras a *códigos alfanuméricos*, a términos diagnósticos. Este mecanismo cumple una función inquisidora, en tanto se fetichiza la palabra del sujeto, en la medida que su valor de uso es hacer visible/observable el signo o los signos de la especie mórbida, a la que el gran clasificador (DSM) le dirá que le pertenece. Produce un *efecto de etiquetación*, asegurando una manera específica de cómo el sujeto transformado en “cosa”, deberá circular por los diferentes espacios de la vida social, no como “quien es”, sino como “qué es”, ocultando su práctica real, la cual consiste en ser estructurante de un código moral de disciplinamiento.

“el mundo social confiere al lenguaje del especialista, a sus representaciones, una eficacia simbólica para la construcción de la realidad. Esto es así porque, más allá de la

cientificidad de sus enunciados, la realidad de la enfermedad mental, tal como en la actualidad la percibimos, es el resultado de una prolongada construcción. Sus representaciones, podríamos decir también los nombres diagnósticos, asignados a las formas del sufrimiento y las valoraciones incluidas en sus interpretaciones, construyen los significados bajo los cuales no solo los especialistas sino el imaginario social creen y reconocen bajo esa forma y ese nombre a la anormalidad” (GALENDE, E: 2008: 56).

Estamos ante la presencia de un dispositivo, que es prioritariamente político, sostenido en el uso de una determinada técnica o *“manera de hacer funcionar relaciones de poder en una función y una función a través de esas relaciones de poder”* (FOUCAULT, M. 2008:239). Estos gestos argumentativos, nos conducen a la dimensión performativa en la que este dispositivo hace circular sus mayores efectos. Esto, se hace visible al reconocer el valor performativo que anidan sus enunciados al describir una acción o acontecimiento y, cómo el o los enunciados que produce resultan equivalente/s al cumplimiento de esa acción (*“cómo hacer cosas con palabras”*)¹². Vale decir, el concepto ligado a la institución disciplinaria y a la autoridad (efecto institución).

Para su mejor comprensión, diremos: *“la estrecha relación del valor performativo y las ideas sociales, es decir, demuestra a la institución como productora eficaz de un poder normativo que actúa sometiendo a los individuos a ciertas prácticas legitimadas por la institución y ejecutada por sus miembros autorizados, bajo la amenaza, manifiesto o implícita, de sufrir sanciones o consecuencias de no acepta estas normas”... “esta función del performativo es comprendida como un poder de subjetivación, es decir, eficaz a la hora de producir determinada subjetividad por parte de la institución disciplinaria”* (GALENDE, E. 2008:56)

Desde esta perspectiva de análisis, entendemos que el sentido de clasificar/diagnosticar, exige ser dicho. Y lo que es dicho, el producto del acto, se erige nominando al sujeto en un circuito cerrado de esquemas codificados. En este procedimiento, el sujeto es desprendido de la oración, impedido de decirse discursivamente, expropiado de las palabras, responde con una dirección de ajuste. Tomado por un discurso unívoco, intolerante a otras significaciones, el saber-poder del especialista, funda una isotopía donde la referencia lingüística “trastorno” se confirma en la fuerza binaria de los semas desviación/degeneración, constituyendo la realidad de lo visible y constatable, prescindiendo del sujeto para su medición. Apoyándonos en estas reflexiones, decimos que el DSM, opera

¹² Refiere a la teoría de los actos de habla de John L. Austin., representante de la escuela inglesa del lenguaje usual. Planteó la distinción entre los actos lingüísticos *constatativos* (describen) y los *performativos o realizativos* (realizan una acción, vale decir: cuando decir es hacer.)

como un gran organizador de sentido, en el ordenamiento de la vida social, al considerar que no existe el contenido descriptivo neutral, ya que, lo descriptivo siempre remite a algún esquema argumentativo, aunque oculto en un proceso de “naturalización”. Esto nos conduce al terreno político-ideológico por definición. Aunque los mentores del DSM se empeñen en concebirlo y mostrarlo despojado de ideología y a-teórico, no escatiman valerse o depender de la coerción económica, de las regulaciones legales y científicas, privadas y/o estatales, y de otros mecanismos de poder, entre ellos, el poder centrado en la industria de los laboratorios, con el fin de garantizar su perdurabilidad.

En virtud de lo que venimos desarrollando, diremos entonces que, el resultado del acto clasificatorio, lo entendemos como producto de un dispositivo, entretejido por un poder que instituye un saber, donde toma fuerza un discurso único, que opera táctica y estratégicamente. En este proceso, el DSM se confirma como instrumento y vector de poder de ese procedimiento. Despliega una tecnología de disciplinamiento, como una variante de su carácter inquisidor: el sujeto-cosificado, es intercambiable, *“puesto que cada uno se define por el lugar que ocupa en una serie y por la distancia que lo separa de los otros”*... *“su unidad la define el rango: el lugar que ocupa en una clasificación, el punto donde se cruzan una línea y una columna, el intervalo en una serie de intervalos que se pueden recorrer uno después de otro”* (FOUCAULT, M. 2008:169)

En cuanto dispositivo de procedimiento de clasificación de “enfermedades mentales”, sacrifica la validez por la facilidad diagnóstica, en el decurso de un mecanismo reduccionista, que mandata no distinguir “trastorno mental” de “padecimiento subjetivo”. Constituye de este modo, como ya hemos dicho, un ataque a la subjetividad. Ya que no se interroga si es necesario o no es necesario diagnosticar. Vive y hace experimentar la urgencia epocal “diagnosticista”. En ese mapa nosográfico que lo representa, el acto clasificatorio, produce un código nominador que arroja un “diagnóstico observado”, fijado, estereotipado, en correlato a argumentos causales y explicativos. Aquí, la mirada médica especializada, se halla reposada en los síntomas, bajo una lógica examinadora equivalente a esa objetivación. En este contexto, el sujeto se encuentra silenciado de decir lo que no marcha para él, aunque ignore la causa, queda fuera del síntoma subjetivo. Como efecto, se produce un doble corrimiento o desplazamiento: la expansión de la *psiquiatrización/medicalización del malestar*, a expensas de una subjetividad tomada por el código nomenclador, dejando *diferido* “el derecho al malestar”, socavando la dimensión ética del sujeto, limitando, cuando no aboliendo, el ejercicio de su libertad.

El psicoanálisis, en contraposición, propone una intervención clínica encuadrada en la posibilidad mediadora de un significante de la transferencia, que de cuenta de un sujeto, a partir de co-producir un diagnóstico subjetivo. En tanto que, esta alternativa clínica, presupone la soberanía del sujeto, que viene a deletrear o a descifrar, lo que no funciona para él.

***IV La dimensión ética y política del acto de diagnosticar.
Prescindir o no del diagnóstico.***

(eso que llaman mirada)
“una mirada desde la alcantarilla
puede ser una visión del mundo
la rebelión consiste en mirar una rosa
hasta pulverizarse los ojos”
Pizarnik, Alejandra.

Para la elaboración de este apartado, me baso esencialmente en los aportes proporcionados por la lectura del capítulo “del diagnóstico en psicoanálisis”, del libro *La Querrela de los Diagnósticos*, de la psicoanalista Colette Soler (2009), entendiendo que me incorporo al análisis, desde una formación disciplinar foránea. Igualmente mantengo el hilo conductor de los aportes foucaultianos para un abordaje integratorio.

Luego de esta breve y necesaria especificación, encuentro pertinente señalar la polémica detectada, fruto del entrecruzamiento de aquellas posiciones, como lo es la del psicoanálisis, que defiende la idea de no poder prescindir del diagnóstico y, por otro lado, identificamos las posiciones que indican o denuncian el uso del diagnóstico como un abuso, derivado del ejercicio clínico, en tanto ejercicio de saber, que encuentra una justificación de goce. Otros, van más lejos de los límites de esta tensión, planteando su completa inutilidad.

Por otro lado, en el libro “el nacimiento de la clínica”, Foucault, profundizó su estudio en los sistemas clasificatorios, en tanto prácticas de diagnósticos que consideró justas en el marco de un nuevo lenguaje médico centrado en el valor de la mirada, lo que llamó el “ojo clínico”, convirtiéndose en el depositario y en la fuente de claridad que distinguió la historia de la medicina moderna, produciendo una mutación esencial en el saber médico, de fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX. La mirada clínica (percepción aguda del individuo) reorganiza el discurso médico proveyéndole de un lenguaje sobre la enfermedad: “corta y articula lo que ve y lo que dice, plantea una relación de lo visible con lo invisible”.

En el marco de esta nueva racionalidad, se reorganizaron y tomaron fuerza todos los criterios nosográficos, que impactaron tanto en el campo macroscópico, hasta llegar al microscópico con la anatomopatología. Criterios nosográficos de los cuales se sirvieron tanto el DSM como el psicoanálisis. La diferencia radical, es que el DSM pervive en la estructura

plana de la medicina clasificadora, arroja una mirada examinadora, disciplinadora, mientras que la mirada clínica, presupone inscribirse en una estructura esférica. No hace un inventario de un organismo enfermo, recorre un cuerpo que sufre, (tecnología del “descriptamiento”). Pero, tanto una estrategia como la otra, no están dissociadas del componente ideológico, en cuanto encarnan el imperio sin límite de la mirada: “la mirada que ve es una mirada que domina”, por lo que “la historia de la clínica contará aquello por lo cual la medicina a través del tiempo significa y mantiene su verdad”.

Bajo los patrones interpretativos del psicoanálisis, consideramos que la sintomatología de la mirada siempre es una sintomatología del Otro. Desde esta perspectiva, podemos decir que el DSM produce un hétero-diagnóstico, en la estrecha medida que la palabra del sujeto solo tiene la utilidad de vehiculizar los signos de la enfermedad que lo va a representar. De este modo, queda sin efecto de ser una palabra constituyente. Vemos aquí, claramente ejemplificado, el valor performativo de los diagnósticos psiquiátricos, en donde el saber disciplinar se afirma en la desestimación de la palabra del sujeto (paciente), que debe ceder su lugar al nombre diagnóstico para su “conciencia de enfermedad”. Se puede observar entonces, como los enunciados del paciente son siempre constataivos, describen para su interlocutor una situación vivencial, mientras que los enunciados del psiquiatra, especialmente los del diagnóstico, reúnen la nominación y la acción basada en la autoridad de quien los pronuncia (dominación simbólica)

¿Que sería entonces un diagnóstico justo o pertinente?

Si toda predicación nos va injuriar, si todo diagnóstico nos va violentar, si todo diagnóstico va actuar en oposición al nombre propio, si saber “que somos” por sobre “quienes somos”, puede producirnos un gran desamparo: ¿que impacto tendría prescindir del mismo? Vale decir, la ausencia de diagnóstico, como proponen algunos, ¿nos tranquilizaría? ¿Sobre qué orientaría el saber clínico su accionar? Queda así abierta la puerta en la que se dirimen dos violencias concretas. La posición lacaniana, nos invita partir de un reconocimiento de la violencia del diagnóstico, aunque precisando su apreciable utilidad en cuanto a evitar desastres. Es una propuesta interesante, en cuanto propone la operación diagnóstica como punto de partida, pero nunca como última palabra. En este sentido, se dirá que ajustado o no, pertinente o no, el diagnóstico implica siempre un juicio ético, no es un juicio de saber. Siempre que pronuncemos un diagnóstico, o que escuchemos proferir, valdrá la pena interrogar no solo su pertinencia nosográfica, sino el punto de perspectiva desde donde el síntoma resulta evaluado. Esto implica relacionarnos con la problemática del ejercicio del poder, de producir condiciones de posibilidad para el florecimiento identitario, de hacer valer

la libertad del sujeto en la constitución de la relación consigo y en la constitución de la relación con los otros. Lo que representa o significa para el sujeto la materia misma de su ética.

Con el fin de superar posiciones dicotómicas o maniqueas, se propone una nueva ontología que parta del cuerpo y sus potencias, para atrevernos a reflexionar el sujeto político como un sujeto ético, contra la tradición del pensamiento occidental que lo piensa exclusivamente bajo la forma de “sujeto de derecho”.

A partir de lo desarrollado, como sugerencia metodológica, creemos que además de plantear el carácter fetichista de la clasificación en Salud Mental, desde las categorías clásicas del marxismo, es relevante introducir la cuestión del poder, que Foucault desdobra en tres conceptos diferentes que son comúnmente confundidos en una única categoría: 1) las relaciones estratégicas, 2) las técnicas de gobierno y 3) los estados de dominación.

V. La Ley Nacional de Salud Mental como dispositivo de lucha y resistencia, como estrategia de integración social

La reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, sancionada en diciembre de 2010, irrumpe en el campo de la Salud Mental, no desconociendo los efectos de una psiquiatrización que en él impacta, devenido del modelo sociocultural impuesto por las estrategias de medicalización, del padecimiento subjetivo particularmente.

Con una psiquiatría, encolumnada en una vasta tradición de haber hegemonizado la salud mental, al servicio de los negocios de la industria farmacológica, el campo, al mismo tiempo (paradójicamente), adopta recursos discursivos sustentados en el paradigma de los derechos humanos. En este contexto, el concepto mismo de salud mental, se difusa y se torna ambiguo, aparece tironeado en el cruce discursivo de distintas perspectivas. Por lo que la ley, estructurada sobre un repertorio de principios y metas basados principalmente en la defensa de los derechos humanos, consiste en una respuesta eminentemente política, frente a la “ceremonia de la degradación”, en la que se han convertido las estrategias de medicalización.

La ley, surge como producto de un largo camino de lucha y de debate, de cierta alianza estratégica y de la construcción de los necesarios consensos, contra la avanzada del poderío de la psiquiatría bio-médica, y su extensionismo terapéutico (DSM y otros). Más allá de su peso jurídico, se constituye en un verdadero instrumento político, ya que, en primer lugar, integra la agenda de las políticas públicas, que adopta el Estado nacional actual, para atender la problemática de la inclusión social. En segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, impone la idea de salud mental como estrategia de integración social, a parte de considerarla un valor humano fundamental. En tercer lugar, plantea resguardos éticos a la

práctica de los psiquiatras y cimentar la consideración social como parte del trato que merecen los pacientes. Su fuerza instituyente, se expresa en su objetivo de recuperar condiciones de ciudadanía, en la resignificación de la noción de incapacidad, al interpelar su idea de estado inmodificable, en proponer procesos de desintitucionalización, sobre la base de intervenciones inter o pluridisciplinarias. Plantea nuevas reglas para la restricción de las capacidades, ponderando el valor que adquiere la singularidad en cada caso. El gran pasaje paradigmático está expresado en su espíritu de ruptura de la relación social de dominación que ejercen las técnicas de sujeción, conformadas tanto por el encierro total, como el encierro químico. Su promulgación y puesta en práctica, presupone una intervención en el sentido inverso a la oferta del medicamento, que es a la vez, un ofrecimiento de desubjetivar el conflicto, atribuir su presencia a causas exteriores al sujeto y por consiguiente eximirlo de cualquier responsabilidad a la hora de entenderlo o tratarlo. Al respecto, la ley es taxativa cuando explicita que la prescripción del medicamento sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales.

En este sentido, creemos que la ley, bien puede interpretarse como productora de ese “efecto paralizante” sobre un conocimiento y regímenes de verdad totalizante. Su componente crítico viabiliza una operación con intención de lograr un “efecto querido”. Edgardo Castro (2012:18), analizando a Foucault, considera que: los efectos paralizantes no adormecen; al contrario, son, en realidad, consecuencias del despertar de una serie de problemas y cuestionamientos. Desde esta perspectiva, Foucault, en su libro *Dits et écrits*, afirma: “...la crítica (de las instituciones psiquiátricas, de las prisiones) no puede ser la premisa de un razonamiento que terminaría con: “esto es lo que queda por hacer”. Debe ser un instrumento para quienes luchan, resisten y no quieren más lo que es. Debe ser utilizada en procesos de conflicto, de enfrentamientos, de intentos de rechazo. No debe servir de ley para la ley. No es una etapa en una programación. Es un desafío respecto de lo que es.

VI. Reflexiones abiertas

El trabajo desarrollado trasunta una principal atención en cómo intervienen las relaciones de poder en nuestras sociedades. A partir de aquí, podemos inferir que el DSM, como uno de los principales manuales de clasificación de entidades morbosas, consiste en un procedimiento de dominación, portador de un discurso científico, con pretensión de normalizar los malestares subjetivos y, susceptible de recaer en cualquiera de nosotros,

atraviesa todo el cuerpo social. En esta lógica, los enfermos y cualquier sujeto susceptible de entrar en esta categoría sirven a la sociedad económica y política. El exacerbado consumo de productos farmacéuticos es una franca expresión de ello, aplicado en todas las etapas de la vida humana.

Foucault, considera que con la medicalización, la normalización, se llega a crear una especie de jerarquías de individuos capaces o menos capaces, el que obedece a una norma determinada, el que se desvía, aquél a quien se puede corregir, aquél a quien no se puede corregir, el que puede corregirse con tal o cual medio, aquél en quien hay que utilizar tal otro. Esta forma de consideración de los individuos, en función de su normalidad, sostiene, es uno de los grandes instrumentos de poder en la sociedad contemporánea.

No se trata de producir solamente una cantidad apreciable de sujetos óptimos, sino que el objetivo radica en manejar conscientemente cada etapa de la supervivencia. En esto consiste el *proceso de medicalización*, asociado a la noción de *biopolítica*, término acuñado por Foucault, para poner en análisis la relación del poder con el cuerpo viviente y al mismo tiempo con la construcción de subjetividad. La *biopolítica* define el acceso a la vida y las formas de su permanencia y, asegura que esa permanencia se desarrolle como una situación de dominación. Para Foucault, no se trata de combatir o condenar la razón, sino de desentrañar la naturaleza de esta racionalidad que es compatible con la violencia.

Frente a esta realidad, la Ley Nacional de Salud Mental, se presenta al modo de una lucha fragmentaria específica. En el esquema de pensamiento foucaultiano, “la fragmentariedad” no es pensada como una deficiencia a subsanar, si no por el contrario, una forma de sublevación contra los regímenes de explicación totalitarios. Fruto de esa lucha, y desde otra perspectiva, puede ser entendida como un verdadero “objeto cultural”, ya que opera en la esfera de la acción comunicativa introduciendo mediaciones nuevas entre la cultura, el lenguaje y la comunicación.

Actualmente, el escenario latinoamericano brinda considerables señales de un proyecto integrador desde donde se reconocen las diferencias, con políticas de inclusión y ampliación de derechos. No obstante, entre los vestigios del relato neoliberal y la emergencia de esta etapa que transitamos, y que aún estamos escribiendo, perviven profundas desigualdades socioculturales, y sus justificaciones de índoles individual.

En ese sentido, la sociología crítica (Boaventura de Sousa Santos) nos propone pensar a los derechos humanos como un espacio de lucha por la diversidad humana, frente a posiciones reduccionistas y etnocentristas que han impregnado el aparente consenso sobre la

universalidad de los derechos humanos, como dispositivo neutralizador de las disputas materiales y simbólicas.

En complementariedad con lo trabajado, respecto a seguir reflexionando bajo qué condiciones se producen sujetos, proponemos, desde una posición crítica, dejar abierta la posibilidad de emprender un ejercicio de interpelación de los derechos humanos, partiendo de la necesidad teórica de recuperar la contingencia de los sujetos socio-culturalmente situados, “producidos en contexto”. Tal vez, como atajo epistémico a superar la posición foucaultiana, al recibir la crítica de hacer una historia ricamente provechosa al haber mostrado que existen propiedades de los sistemas de significación, que existen independientemente del espacio y del tiempo, y esto puesto en relación con una revisión de la naturaleza del sujeto humano; pero una vez *descentrado* el sujeto, aparece una historia desprovista de agencia. Para Giddens (1995:278) “*los individuos que aparecen en los análisis de Foucault se muestran impotentes para determinar sus propios destinos*”. Giddens, con ánimo de trascender las importantísimas contribuciones del estructuralismo y pos-estructuralismo propone insistir en la necesidad de una interpretación del agente y no del sujeto, y de la agencia en vez de la mera subjetividad. Para ello introduce dos conceptos claves: “conciencia práctica” y “contextualidad de la acción”.

Bibliografía consultada:

- BLEICHMAR, S. (2010). *La subjetividad en riesgo*. 2ª Ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Topía Editorial
- BUSTELO GRAFFIGNA, E. Infancia e indefensión. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 1(3): 253-284. Septiembre-Diciembre 2005
- CARPINTERO, E. (2011) compilador. *La subjetividad asediada: medicalización para domesticar al sujeto*. 1ª Ed. Buenos Aires: Topía Editorial. *Colección Fichas para el siglo XXI. Serie Futuro Imperfecto /*
- CHAVERO, M. (2009). Artículo: “Medicamentos: la mercancía exquisita del capital vernáculo”. *Revista Topía, psicoanálisis, sociedad y cultura*. N° 54, Buenos Aires.
- DERRIDA, J. (1989). *La Escritura y la Diferencia*. 1ª Ed. Barcelona: Editorial Antrhopos.
- FOUCAULT, M. (2012). *El poder, una bestia magnífica: Sobre el poder, la prisión y la vida*. 1ª Ed. Traducido por Horacio Pons. Buenos Aires: Siglo Veintiuno // (Biblioteca clásica de Siglo veintiuno // Serie Fragmentos foucaultianos, 1) *corresponde a una selección de textos de la obra Dits et écrits I y II.*

- FOUCAULT, M. (1989). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Decimotercera edición, Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- FOUCAULT, M. (2002). *Las Palabras y las Cosas: una arqueología de las Ciencias Humanas*. 1ª Ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores
- GALENDE, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. 1ª Ed. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- GERMAIN, M.; RODRIGUES DE ANDRADE, R. “Normal y patológico: problematización de un modalidad de subjetivación y sujetamiento político” (Págs. 109-123). *Indisciplinas sociales*. 1ª ed. Rosario: Ediciones del Arca.
- GERMAIN, M.; DAVILO, B. (2003) - (coordinadoras) *Política y Sujeto*. 1ª ed. Rosario: UNR.
- GIDDENS, A.; TURNER, J. y otros. (1995). Introducción. *La teoría social, hoy*. Traducción: Jesús Alborés. Buenos Aires: Alianza Editorial
- RICCEUR, P. (2008). *El conflicto de las interpretaciones: ensayos de hermenéutica*. 1ª Ed. 2da. Reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económico.
- RUBIO, R.; RODRIGUEZ, G. “La (re) fundación del derecho a la dignidad humana como acontecimiento político: un ejercicio de interpelación a los Derechos Humanos. Ponencia. XXIX Congreso ALAS: “Crisis y Emergencias Sociales en América Latina”. 29/09 al 4/10. Santiago. Chile.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/10.
- SCHUSTER, F. (2002) (compilador) *Filosofía y métodos de las Ciencias Sociales*. 1º ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Manantial Editora
- SOLER, Colette. (2009) “Del diagnóstico en psicoanálisis”. *La Querrela de los Diagnósticos*. Buenos Aires: Letra Viva Editorial