

## **Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental**

Capítulo de libro. Compilador: Hugo Lerner Editorial: Psicolibro. Colección FUNDEP. (en prensa marzo 2013)

**Alicia I. Stolkiner**

“La construcción social de los problemas de salud está siendo reemplazada por la construcción corporativa de la enfermedad”

Moynihan et. al. (2002)

### **Introducción**

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la relación entre el proceso actual de medicalización de la vida y la producción de sufrimiento psíquico.

Sucede que el fenómeno de la medicalización es un analizador privilegiado de la articulación entre lo económico, lo institucional y la vida cotidiana en los procesos de producción de subjetividad, e igualmente en los procesos vitales de salud/enfermedad/cuidado. La hipótesis en la cual fundamos esta articulación es que el antagonismo central de nuestra época entre objetivación y subjetivación, aparece en las prácticas en salud de manera singular, a través del proceso de medicalización o biomedicalización.

En el primer punto se aborda y define el proceso de medicalización en sus dimensiones económicas e institucionales, y en tanto constituyente de una “hegemonía discursiva”. Se la relaciona con el proceso de mercantilización de la salud y con el fenómeno de “disease mongering” (creación de enfermedades) , ejemplificando con acontecimientos del campo de la salud mental. En el segundo punto se lo articula con el concepto de subjetividad y sufrimiento psíquico o subjetivo, diferenciando éste de las categorizaciones psicopatológicas en cuanto concepto más abarcativo. Finalmente se abordan las prácticas cotidianas en las que este

antagonismo se manifiesta en los actos en salud y se formulan algunas preguntas y observaciones sobre la práctica del psicoanálisis hoy.

Quienes trabajamos en el campo de la salud mental somos tensionados permanentemente por las tendencias a la biomedicalización. Aunque las herramientas teóricas en las que se fundan nuestras prácticas no sean sintónicas con un paradigma objetivante, requieren de una particular vigilancia epistemológica y de permanente reflexividad, en la medida en que se trata de un paradigma hegemónico que plantea límites a lo enunciable. Así, muchas prácticas que se fundamentan en teorías no objetivantes, tal el caso del psicoanálisis, pueden derivar en acciones que sí lo son.

Al abordar el tema con la categoría “sufrimiento psíquico” desestimamos, como se explicará, ocuparnos exclusivamente de las así llamadas “enfermedades mentales” para adentrarnos en las diversas maneras en que el dolor forma parte de los procesos vitales y en los efectos que pueden derivar de su reducción a la psicopatología.

Existe una inmensa maquinaria productora de sentido alrededor de las prácticas en salud, y en cuánto tal productora de subjetividad. Se tratará de reflexionar sobre ello.

### **El proceso de medicalización y la hegemonía discursiva**

“Já não estamos debatendo a fragilidade epistemológica de conceitos como transtornos mentais, doenças, distúrbios, desordens mentais, síndromes... Da mesma forma como não estamos debatendo as causalidades ou etiologias, se orgânicas, genéticas, infecciosas, sociais, psicológicas, espirituais, traumáticas... *Estamos considerando que uma determinada forma de produção de conhecimentos nesse campo pode criar realidades de doenças, tratamentos, práticas institucionais, sociais, culturais e políticas*”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> “Ya no estamos debatiendo la fragilidad epistemológica de conceptos como :trastornos mentales, enfermedades, desórdenes mentales, síndromes.....como tampoco estamos debatiendo las causales o

Paulo Amarante y Eduardo Guimaraes Torre (2010)

Las mujeres de familias pobres de una comunidad del interior que entrevistamos hace unos años<sup>2</sup> utilizaban un término para designar el dolor vivido en algunas circunstancias: “quebranto” (Barcala y Stolkiner, 2000). Sus frases permitían un atisbo de comprensión del sentido: ...“cuando los hijos se van, una se quebranta” .., “cuando él se quedó sin trabajo me quebranté”. No referían a un dolor exclusivamente “psíquico” ya que también lo ligaban a enfermedades “orgánicas”:... “me quebranté y me dio esa enfermedad de los riñones”. Preguntada una de ellas sobre cómo se cura el “quebranto”, tardó en responder, probablemente no asociaba ese padecimiento con la idea de enfermedad-curación. Finalmente dijo:... “lo que hace muy bien es llorar”.

Los y las jóvenes estudiantes de psicología que realizaban las entrevistas, traducían el término por “*depresión*” (“eso que ellas llaman quebranto es depresión”). Tal traducción entrañaba un movimiento en el cuál se concretaba en acto un producto de la cultura moderna occidental: la transformación de una vivencia dolorosa en categoría psicopatológica. En este pequeño gesto cotidiano mostraban la presencia de la medicalización en las prácticas discursivas, a la vez que se establecía la subalternización de un significante a otro, lo que forma parte de una *hegemonía* discursiva.

Marc Angenot (2010) señala que la hegemonía discursiva “sólo es un elemento de una hegemonía cultural más abarcadora, que establece la legitimidad y el sentido de los diversos ‘estilos de vida’, de las costumbres, actitudes y ‘mentalidades’ que parecen manifestar” (pag. 29-30). Define la hegemonía discursiva como el “conjunto complejo de las diversas normas e imposiciones que operan contra lo aleatorio, lo centrífugo y lo marginal, indican los temas aceptables e, indisociablemente, las maneras tolerables de tratarlos e *instituyen* la jerarquía de las legitimidades” (p32). Se trata de un canon de reglas que forma parte de los

---

etiologías, ya sean orgánicas, genéticas, infecciosas, sociales, psicológicas, espirituales o traumáticas... Estamos considerando cómo una determinada forma de producción de conocimientos en ese campo puede crear realidades de enfermedades, tratamientos, prácticas institucionales, sociales, culturales y políticas” (trad. propia).

<sup>2</sup> Refiere a dos Proyectos de Investigación de UBACyT (Universidad de Buenos Aires) dirigidos por la autora.

dispositivos de control social. Entre ellos, el hecho de constituirse como una *norma pragmática* que define en su centro a un *enunciador legítimo* que se arroga el derecho de hablar sobre “alteridades” determinadas en relación con él, constituyendo en ello simultáneamente un ego-centrismo y un etno-centrismo (recordemos la frase de los estudiantes: “Lo que *ellas* llaman quebranto es depresión”). Le da ...“derecho de fiscalización sobre los que no tienen derecho a la palabra: los locos, los criminales, los niños, la plebe campesina y urbana, los salvajes y otros primitivos”. (Op. Cit pag.42). Quizás como resistencia a ello un colectivo que se identifica como “usuarios de servicios de salud mental” invitaba a su reunión anual aclarando “no usuarios abstenerse”, indicando con ello que todo participante debía reconocerse como tal, no como profesional, técnico, familiar u observador (Stolkiner, 2012).

Hay una profunda imbricación entre el lenguaje “científico” y el “común”, de modo que los términos de uno terminan circulando en el otro o metaforizando en los discursos de otras ramas científicas y formando parte de prácticas sociales diversas. La presencia hegemónica del discurso médico en la vida colectiva y en las vidas singulares cotidianas de los sujetos forma parte del proceso de medicalización. Éste se inició con el nacimiento de los estados capitalistas modernos occidentales cuando la medicina científica de base positivista hizo parte de la gubernamentalidad estatal incorporando la vida ( “bios”) como objeto de la política, configurando la biopolítica (Foucault M, 2007, 2008) .

Si bien el análisis que realiza M. Foucault (2008) refiere fundamentalmente a la gubernamentalidad estatal, en la actualidad el motor de la medicalización es la incorporación de la vida y la salud al proceso mercantil, lo que se denomina “mercantilización de la salud” (Laurell A.C., 1994). Dos grandes fuerzas corporativas globales son actores mundiales de este proceso: las aseguradoras que forman parte de la acumulación financiera de capitales sociales y las industrias de aparatología y farmacología médica.

Las aseguradoras aumentan su ganancia en la medida en que el uso, o sea el gasto en salud, disminuya, por ello son propugnadoras de “prácticas masivas preventivas” y abonan una cultura en la cual la salud se transforma en la nueva moral de la época, su nueva utopía, una cultura de búsqueda de la salud perfecta—

el mito de la Gran Salud-- en la que se estructuran prácticas cotidianas y “estilos de vida”. (Sfez, L, 2008). En función de ello, ya no se recurre a la medicina y a los medicamentos solamente ante una situación vivida como enfermedad sino para “prevenir” riesgos, ampliar los límites corporales y reducir cualquier forma de malestar. La medicación tampoco es necesariamente propuesta por un médico tratante sino que forma parte de las “elecciones” vitales de los sujetos.

Hace años, una propaganda televisiva de una aspirina combinada con cafeína la proponía para enfrentar situaciones cotidianas: .....”si el trabajo se te arruina: ...aspirina” , “si te peleas con tu vecina...aspirina”, etc. Obviamente que un analgésico y antifebril con un leve estimulante (cafeína), nada puede hacer frente a un conflicto de vecindad, y es transparente que, en el otro caso, se ofrece para potenciar el rendimiento y superar la barrera que el cansancio implica para el cuerpo. En ninguno de los dos hay una relación curativa “causal” entre el producto y el malestar. Además, se trata de un fármaco de venta libre que, al no asociarse con una enfermedad específica, no amerita pago por parte de la cobertura privada o estatal. La propaganda se dirige a lo que en salud se denomina “gasto de bolsillo” y a la incorporación del consumo de fármacos en el estilo de vida. No hay, probablemente, una indicación directa del laboratorio a los publicistas acerca de “transmitir este mensaje”, simplemente ellos operan con los límites de la hegemonía discursiva.

La naturaleza misma de las industrias de aparatología y farmacología requiere que el consumo aumente<sup>3</sup>. La expansión de este mercado se acompaña de un discurso neo-biologista que se construye ideologizando los notables avances de la biología, la farmacología y la genética (Stolkiner A., 2012) y opera reduciendo la complejidad del proceso de salud-enfermedad- cuidado a una sola de sus dimensiones , a eso se suma la utilización clínica del concepto epidemiológico de riesgo (por lo cual se basa el diagnóstico del caso singular en la probabilidad

---

<sup>3</sup> A finales del siglo XX se estimaba que para mantenerse en el mercado mundial los laboratorios debían lanzar cada año dos o tres productos capaces de superar 1.000 millones de dólares de venta (Bouguerra, M.L. 2001)

estadística poblacional) , para finalizar en un proceso que ha sido denominado “disease mongering” o “creación de enfermedades”<sup>4</sup>.

La “creación de enfermedades” involucra a actores diversos, entre ellos los centros de investigación e investigadores cuya dependencia de la financiación suele determinar que la elección de problemas y la búsqueda de productos sea determinada por sectores privados, o estatales con los cuales los privados tienen capacidad de influencia. Al respecto dice Ana María Vara (2008): “ Este fenómeno puede considerarse una de las consecuencias indeseables de un cambio en las reglas de juego de la actividad científica, marcado por una creciente mercantilización, que puso en tensión el tradicional “ethos académico” que guiaba la investigación, con un nuevo “ethos corporativo”. Algunos autores atribuyen este cambio a la nueva legislación aplicada en los Estados Unidos para promover la transferencia de tecnología y al reconocimiento de la propiedad intelectual a través del otorgamiento de patentes, que se impuso al resto del mundo a través de la Organización Mundial de Comercio”.

La complejidad de actores, como vemos, implica además de las corporaciones a unidades de investigación, médicos y especialistas, empresas de marketing, periodismo científico de divulgación general y la promoción de organizaciones de usuarios, apoyadas financieramente por la industria correspondiente. Así, se aísla o define un problema, se lo nomina como “enfermedad” o “síndrome” y se lo reduce a su dimensión individual biológica, a la par que se seleccionan algunas de sus características como “sintomatología”, a la cual se ofrece respuesta específica preferentemente medicamentosa y, eventualmente, acciones preventivas ( algunas de ellas en la línea de la nueva “eugenesia” basada en las innovaciones de la genética) . Al hacerlo, simultáneamente se generan prácticas e identidades.

Una vez instalada la “enfermedad” se apela a los estados y/o a los sistemas de seguro para que sea incluida dentro de las coberturas. Lo paradójico, es que el pedido de inclusión se apoya generalmente en una reivindicación de derechos, por lo cual resulta difícil diferenciar los “legítimos”, entre ellos el derecho a la no medicalización de la vida (Stolkiner A, 2010). Quizás uno de sus ejemplos más

---

<sup>4</sup> El término fue introducido por Lynn Payer en su libro “Disease Mongers. How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick”, publicado en 1992.

notables sea la expansión del diagnóstico en niños de distintos problemas de atención o de disciplina (ADD, ADHD, Síndrome de Oposicionismo Desafiante, etc) la mayoría definidos como de origen orgánico y promotores del consumo abusivo del metilfenidato y otros fármacos (Stolkiner, 2012; Iriart e Iglesias, 2012 ).

En desamparo, como contraparte, quedan quienes padecen las llamadas “enfermedades huérfanas”, que pese a su gravedad y cronicidad son de tan baja prevalencia que no resultan rentables a las industrias (no configuran mercado) y están fuera de cobertura de los seguros, dado que su escaso número impide a las personas y sus familias constituirse en actores significativos de reclamo. Se afirma que se invierte más en la búsqueda de un remedio para la calvicie que en investigación referida a estas dolencias. Como en otros campos, en el de la salud el mercado no demuestra ser el mejor distribuidor de servicios y bienes. Tampoco lo demuestra el hecho de que mientras el gasto en salud se incrementa exponencialmente y algunos sectores padecen un exceso de aplicación de tecnologías médicas, una parte importante de la humanidad no tiene acceso a servicios médicos y medicamentos, aunque no queda exenta de conocer su existencia y por lo tanto saber de qué carece.

Es de destacar, que esta forma de medicalización directamente ligada a la mercantilización no reemplaza a la anterior (la que Foucault analiza en relación a la gubernamentalidad), sino que la incorpora. Históricamente el discurso médico-científico coadyuvó a la normalización social colocando las diversidades y anomalías bajo la categorización de enfermedades, tal el caso de las diversidades de género o identidades sexuales que no se adecuan a la heteronormatividad, o buena parte de las conductas atípicas que se incluyeron como “enfermedades mentales”. El modo y motor actual de la medicalización es *co-extensivo* al anterior. Esta combinación lleva a algunos autores a denominar este proceso como biomedicalización. Según Iriart y Ríos (2012) “La medicalización implica la expansión del diagnóstico y tratamiento médico de situaciones previamente no consideradas problemas de salud, como por ejemplo, la reproducción humana. La biomedicalización, por su parte, supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica. No se trata, solamente, de definir, detectar

y tratar procesos mórbidos, sino de estar alerta de potenciales riesgos e indicios que pueden derivar en una patología”.

En este punto, no podemos dejar de mencionar el debate planteado alrededor del DSMV, el nuevo Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría que reemplazará en breve al DSM IV vigente. Lo primero a señalar es que resulta asombroso que la increíble diversidad de formas y padecimientos humanos sea descripta y catalogada por *una sola corporación* —los psiquiatras-- de un *solo país* del mundo —Estados Unidos de Norte América-- y se la postule como herramienta prácticamente universal. Por ejemplo, existe la Guía Latinoamericana de Diagnósticos Psiquiátricos, desarrollada por la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL, 2003). Más allá de que su forma y sistema de categorización no es novedoso (se apoya en el CIE-10), incluye una anotación latinoamericana para señalar las particularidades sintomáticas propias de la región de los cuadros generales, y un capítulo destinado a “Síndromes Culturales Latinoamericanos”. Tales particularidades no encuentran referencia en el DSM-IV<sup>5</sup>, pero éste se utiliza en la Argentina mucho más que el latinoamericano.

Definir la categorización implica generar los campos de sentidos y prácticas que la acompañan: se trata obviamente de un proceso de *hegemonía discursiva*. Una de las características del DSMV es la forma en que amplía la gama de procesos mórbidos por medio de dos recursos centrales: la “patologización de procesos vitales” y la utilización del concepto de “riesgo” como elemento diagnóstico de intervención. Señalemos ejemplos: el primero sería que habilita el diagnóstico de depresión ante la persistencia, en un período de *dos semanas* posteriores a una pérdida importante, de síntomas como ánimo depresivo, falta de interés en actividades, insomnio, pérdida de apetito, y problemas de concentración (Frances Allen, 2010). Frente a ello, no se puede dejar de inquirir cuánto más eficaces que los fármacos parecen todos los rituales colectivos y comunitarios de duelo ante la muerte, tan suprimidos y desdibujados en nuestra cultura.

---

<sup>5</sup> Versión actual que será reemplazada por el DSMV

Un ejemplo del segundo movimiento sería que incorpora la categoría “síndrome de riesgo de psicosis”, según la cual se habilita a tratar medicamentosamente, con los daños probados que esto conlleva, a personas – mayoritariamente adolescentes y jóvenes-- en función de un cuadro que “podrían” llegar a padecer (Frances Allen, 2010). Por supuesto que tampoco la sexualidad podía quedar fuera de su consideración, el “trastorno de hipersexualidad” ha motivado en sus críticos el chiste de que sería “híper” toda sexualidad más frecuente que la de los autores del DSMV.

Querríamos, finalmente, señalar un ejemplo de la subordinación política del sentido de un padecimiento a una nosografía única: se trata del difundido cuadro de *estrés-postraumático*. Se engloba en él desde los síntomas de un veterano de guerra hasta los de una mujer violada, pasando por los de cualquier persona que haya atravesado una situación de terror de estado o genocidio, un accidente o una catástrofe natural. Reducida prácticamente a una respuesta fisiológica individual (aunque el hecho traumático sea colectivo), esta categoría permite invisibilizar que lo traumático siempre se liga con el sentido que el hecho tiene para el sujeto y la sociedad. Permite omitir cualquier pregunta o reflexión sobre la condición de producción de tal “enfermedad”. Nadie puede negar que el éxito y difusión de esta categoría en los Estados Unidos se relaciona con el estado de guerra permanente y la “naturalización medicalizante” de sus efectos. En general se considera que haber estado en riesgo de muerte es un factor causal del cuadro, no es frecuente que la definición del hecho traumático se centre en el haber tenido que matar a otro, o en no haber podido encontrar un sentido personal o colectivo a lo sucedido y a lo que lo expuso al riesgo, o en la respuesta social colectiva ante el problema (su invisibilidad o reconocimiento, la estigmatización específica que conlleva, etc.). Y sin embargo, Bruno Bettelheim, en su estudio sobre los sujetos en campos de concentración, refiere claramente las diferencias vitales entre aquellos que, siendo militantes políticos, podían asignarle significación a lo que pasaban, y los que no (Bettelheim B, 1973). Efectivamente sucede que no hay trauma sin sujeto y que no hay medicamento que procese, por ejemplo, la inexpresable angustia de la sobrevivencia.

Sucede que el proceso de medicalización es el modo en que se manifiesta en este campo el antagonismo central de nuestra época, la tensión indialectizable entre la tendencia hegemónica a la objetivación y la tendencia a la subjetivación, esta última sostenida por actores y sujetos que desarrollan prácticas de ampliación de derechos, que ponen en escena lo irreductible de la vida (Stolkiner A., 2001). En esta fase histórica, el paradigma mercantil, en tanto restauración cultural, se ha impuesto como vector civilizatorio de la modernización neoliberal (Altamira C., 2006, p.44). Como núcleo está el fenómeno de fetichización propio de lo mercantil: hacer aparecer como relaciones entre cosas lo que son relaciones entre personas (K. Marx, 1975), concomitante al proceso de objetivación. El discurso medicalizante es un componente habilitador del proceso por el cual todos los aspectos relevantes para la vida, e inclusive la vida misma adquieren condición mercantil, o sea condición de “cosa”. Ya no se trata sólo de “gobernar” los cuerpos sino de incorporarlos definitivamente en la producción de valor. Andrea Fumagalli (2007) señala que en el nuevo capitalismo “la vida misma es puesta en valor porque la producción de valor ya no se basa sólo en la producción material sino que, cada vez más, incorpora ‘materias primas intangibles’ que devienen del uso de las facultades relacionales, sentimentales y cerebrales del trabajador”, lo que genera “una de las características esenciales del capitalismo cognitivo, que es la desmaterialización del capital fijo y la transferencia de sus funciones productivas y organizativas en el cuerpo vivo de la fuerza-trabajo.”.

Queremos señalar, al final de este punto, que hegemonía no significa nunca dominio estático y absoluto, se trata siempre de una arena de conflicto donde hay actores que ponen otras voces y, por ende, otras formas de nominación y producción de sentido, otras prácticas.

Hemos abordado la medicalización y algunos modos de su hegemonía discursiva en el eje de la compleja articulación entre lo económico y las formas institucionales, trataremos de continuar ahora trabajando sobre la producción de subjetividad en las prácticas cotidianas. Las instituciones de salud, las prácticas en salud, en las que hegemoniza el paradigma medicalizante son productoras de subjetividad y, simultáneamente, de padecimiento subjetivo.

## **Medicalización, subjetividad y sufrimiento subjetivo, y algunas reflexiones sobre el psicoanálisis.**

... “ser un sujeto es, para los filósofos medioevales, el modo de ser de lo que es insustancial, es decir, lo que no existe de por sí, sino en alguna otra cosa”...

Giorgio Agamben (2005, p. 71)

...”Foucault, en efecto, ha frecuentemente insistido en que los individuos no son un punto de partida sino el producto que las disciplinas obtienen a partir de una cierta multiplicidad orgánica”

Edgardo Castro (2011, p.175)

Comencemos aclarando que las categorías sujeto y subjetividad han sido importadas al psicoanálisis y las ciencias sociales desde la filosofía, así como también que el debate y la reflexión gira alrededor del sujeto de la modernidad y su crítica. Éste se trata de un constructo que considera esencialmente separado al hombre de la naturaleza, a la cual estaría llamado a dominar, y lo extraña también de su propia “naturaleza”, relegando el cuerpo a una dimensión de lo natural regido por las leyes de causalidad y diferenciado de lo “esencialmente” humano que sería una conciencia pura, razón y libertad, en base a la moral. Así, la medicina moderna occidental pudo reducir el cuerpo a su dimensión biológica y en algunos casos, como el de las enfermedades psiquiátricas, incorporar simultáneamente la “falla moral” como enfermedad. Esta idea, es el sustrato de todas las reducciones biologists y genetistas que se hacen hoy en el campo de la salud, que conllevan necesariamente un proceso de objetivación. Georges Canguilehm (Canguilhem, G,2004, pág. 63) nos recuerda que ...“la definición de la salud que incluye la referencia a la vida orgánica, al placer y al dolor experimentados como tales, introduce subrepticamente el concepto de *cuerpo subjetivo* en la definición de un estado que el discurso médico cree poder describir *en tercera persona*”.

Es posible situar a Emmanuel Kant como el enunciador teórico de este advenimiento, pero no ha sido él su creador sino el mundo naciente en ese período.

Se trata de un sujeto ahistórico, separado de todo contexto, donde se homologa lo humano al modelo del *individuo* burgués moderno, el ciudadano (Marcelo Raffin-2006). Forma parte de la instauración de un nuevo modo social y económico, y del nacimiento de la idea de derechos inherentes al hombre en cuanto tal, idea cuyo origen fue simultáneo a la delimitación de sus excepciones. Sucede que al definirse un solo modo ontológico de “lo humano” se excluían de sus derechos todos aquellos que no entraban en la definición: las mujeres, los niños, los diversos sexualmente, los pueblos colonizados, los pobres, los delincuentes, etc. Ellos pasaron a constituir la “otredad”, los sujetos factibles de ser “objetivados” (y eventualmente sometidos o destruidos sin que en ello se quebrante la fe en los derechos).

La relación entre subjetividad y objetivación está situada en el nudo del análisis de las formas actuales de producción de subjetividad, tal como lo afirmamos antes, se trata de un antagonismo central. Es también este sujeto-individuo el que se supone, en cuanto unidad, capaz de una libertad frente a la cual los otros constituyen un límite y que “entiende sus límites como barreras a la humanidad y no como parte integrante de lo que somos” (Eagleton, T;2007, 19). Una idea que se construye teniendo como sustrato la idea de libertad de mercado. Considerar a los otros como barrera a la libertad individual, antagoniza con la idea de una subjetividad que se constituye en relación a ellos.

La aparición del sujeto-individuo en la modernidad se manifestó en el arte por la firma del autor en su obra y por la aparición de la perspectiva en el dibujo; en la religión por el espacio que adquirió la libertad de decisión individual en el protestantismo; en lo político porque los derechos nacientes --esa invención de la modernidad también-- tenían por sujetos a los individuos, y en lo económico y social dado que la sociedad misma era pensada como un conjunto de *individuos* en competencia. Se naturalizó la idea de individuo y, con ello, *se modificó radicalmente la configuración identitaria del “yo”* (referimos a la primera persona singular) que adquirió dimensión inflacionaria en las relaciones sociales occidentales modernas<sup>6</sup>. Veamos que eso no es universalmente así, un ejemplo serían culturas

---

<sup>6</sup> Es una observación empírica de la autora la poca frecuencia con que el pronombre “yo” es usado en grupos poblacionales latinoamericanos no urbanos o periurbanos. En ellos, es más frecuente el

africanas en las que “el individuo es inconcebible como ser singular: existe como el grupo y se realiza en el grupo... las relaciones entre el individuo y el grupo, lejos de ser antagonistas están dominadas por la idea de acuerdo y armonía ... ” (M. Raffin, 2006, p.43). Podríamos comentar, respecto de esta frase, que en esas culturas sí existe lo singular –disintiendo con lo que plantea el autor-- pero no “el individuo”.

La medicina moderna ha sido uno de los dispositivos de construcción disciplinar del individuo y, a su vez, lo ha incluido en su propia construcción al reconocerlo como su objeto. En él se fundan sus prácticas aún las preventivas y poblacionales, inclusive la epidemiología clásica que hace sus estudios poblacionales tomando como objeto al conjunto de “individuos”.

Sin embargo, el constructo de sujeto de la modernidad se ha visto profundamente conmovido en el siglo que pasó, lo que se manifestó en corrientes de pensamiento que desarticulaban su “naturalidad” supuesta como el psicoanálisis o el marxismo, entre otros. El primero al asestarle el golpe de la invención del inconsciente, el segundo al mostrar la determinación social de la “conciencia”.

Hay modos de pensar y lenguajes que permiten definir el sujeto y la subjetividad renunciando a la idea de individuo pero no a la de singularidad. Al hacerlo, se deja de lado los dualismos como mente-cuerpo, individuo-sociedad, que acompañan este concepto. Sucede que lo singular no hace dupla con lo genérico sino que lo particulariza, lo concreta, y que el cuerpo aparece necesariamente como social y subjetivo aún en su dimensión biológica.

Veamos dos definiciones que hemos citado reiteradamente en otros textos. Definiciones en las cuales la subjetividad se constituye como singularidad de lo genérico. Toni Negri (1992, pág. 36) define al sujeto como:

...“Un ser común y potente que se forma en el proceso histórico. Ser común, porque está compuesto de las necesidades comunes de la producción y de la reproducción de la vida. Ser potente, puesto que rompe continuamente estas necesidades para determinar innovación, para producir lo nuevo y el excedente de vida. El sujeto es un proceso de composición y recomposición

---

“nosotros” o, para referirse a sí mismos, el “uno” seguido de un verbo conjugado en tercera persona del singular, como el “una se quebranta” de las mujeres mencionadas en este texto.

continua de deseos y actos cognoscitivos que constituyen la potencia de la reapropiación de la vida”...

Dejando pendiente un interrogante sobre las diferencias conceptuales y etimológicas entre sujeto y subjetividad que señala Marcelo Raffin ( 2006, pag. 70), podemos agregar un párrafo de Agamben (2005, pag.92,93):

...”El sujeto ...no es algo que pueda ser alcanzado directamente como una realidad sustancial presente en alguna parte; por el contrario, es aquello que resulta del encuentro cuerpo a cuerpo con los dispositivos en los cuales ha sido puesto –si lo fue—en juego ...la historia de los hombres no es quizás otra cosa que el incesante cuerpo a cuerpo con los dispositivos que ellos mismos han producido: antes que ninguno el lenguaje....la subjetividad se muestra y resiste con más fuerza en el punto en que los dispositivos la capturan y la ponen en juego. Una subjetividad se produce cuando el viviente, encontrando en el lenguaje y poniéndose en juego en él sin reservas, exhibe en un gesto su irreductibilidad a él”.

Si bien hay diferencias entre ambas definiciones, apuntan en común a desontologizar el concepto de sujeto y a diferenciarlo radicalmente del de individuo. En ellas el sujeto y la subjetividad adquieren condición de proceso o devenir constante, y se abre a una gama de diversidades. Señalemos también que, en ambas definiciones, está contenida una idea de potencia e innovación, que se aleja de la idea del sujeto como predeterminación o repetición absoluta (sujeción), y de anteriores definiciones estructuralistas.

Estos breves comentarios sobre la condición de sujeto y subjetividad, ameritan muchos debates y son herramientas para comprender variadas formas de producción de padecimiento actual, pero a los fines de este trabajo volveremos a las prácticas en salud, sabiendo que las mismas configuran un campo.

El campo de las prácticas médicas hegemónicas puede ser considerado un conjunto de dispositivos en los cuales se concreta el “cuerpo a cuerpo” que menciona el texto de Agamben. Detengámonos un momento para señalar que este análisis no significa proponer una alternativa anti-medicina, coincidimos con la observación crítica de Foucault (2008) que, en su polémica con Ivan Illich, rechaza

el “bucolismo antimédico” afirmando que analizar críticamente el proceso de medicalización indefinida no significa renunciar al saber médico sino someterlo a la arqueología y a la crítica, dado que ...*“la medicina no debe ser rechazada ni aceptada como tal”*. No es necesario negar la eficacia pragmática que este campo tuvo en relación a algunas dimensiones de los procesos de salud-enfermedad-cuidado al señalar los procesos objetivantes y de dominio en que se implica en el marco de la mercantilización.

Como hemos afirmado en un texto anterior: “¿Cómo superar la oposición moderna entre romanticismo y positivismo sino avanzando hacia un rescate de aquello en que la ciencia, como producto humano, puede hacer por la vida si se renuncia a subordinarla al poder o a la ganancia? Porque si analizamos el proceso de medicalización, el mismo no es un devenir directo del conocimiento sino de su subsunción a la razón de poder o de mercado. En nuestra época la medicalización es un subrogado de la mercantilización indefinida de la vida. Así Foucault nos propone ... *“determinar los vínculos entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad para ver en qué medida se puede rectificar o aplicar el modelo”* (Foucault, 2008, p.84) .... Allí donde el texto dice medicina podríamos colocar cualquier otro saber incorporado al campo de la salud, inclusive el psicoanálisis, dado que todos son factibles de quedar subordinados a la lógica medicalizante. Se trata entonces, de no medicalizar sin renunciar por ello a herramientas y conocimientos producidos por el hombre y la cultura, que pueden formar parte de una intervención eficaz sobre el padecimiento. Eso formaría parte, siguiendo a Walter Benjamin (1996), de *“una reconstrucción teórica de la modernidad que al mismo tiempo dé cabida al ideal de reconciliación entre el ser humano y el mundo”* (Stolkiner,A; 2011)

En las prácticas cotidianas, en los episodios microsociales del campo de la salud, es posible encontrar las formas más extremas de objetivación, dentro de ellas una de las más paradigmáticas es la de las prácticas en salud mental, aunque no difiere sustancialmente de las de salud en general, salvo por su habilitación jurídica para privar de libertad, para generar una excepción.

Veamos las formas en que se da: una de ellas es, como ya lo explicamos, la expropiación de momentos vitales por las prácticas médicas, aún de aquellos que

no son claramente definidos como enfermedades. Quizás los ejemplos más elocuentes sean los de los extremos de la vida: el nacimiento y la muerte. En su diálogo con Derrida sobre la hospitalidad, escribe Anne Dufourmantelle (2008, 104-106, resaltado nuestro):

“Quiero hablar del nacimiento y de la ‘hora de la muerte’ tal como la significaba Blanchot. La seducción (y la validez científica) de las tecnologías que se dedican a eliminar el sufrimiento, a mejorar la existencia, son las mismas que ahora acompañan de cerca, por ejemplo, todas las etapas de un embarazo, a riesgo de hacer del útero un espacio enteramente ‘divulgado’, abierto a todos los exámenes, un ‘lugar común’ que la medicina toma a su cargo. Y con la muerte ocurre lo mismo; morir en la propia casa llega a ser tan poco admitido que es preciso incurrir en graves infracciones a la responsabilidad médica si se quiere permanecer a solas con el moribundo, sin otros ‘testigos’ que sus allegados. **No me sitúo desde el punto de vista ético, sino desde el de una extraña topología o topografía que expulsa del ‘lugar-propio’ los instantes más íntimos, más secretos de la existencia”**

Trataremos de mostrar, en un ejemplo, en qué medida las prácticas en salud son “productoras” de subjetividad. No conforme con colonizar el nacimiento y el parto, la medicalización lo hizo también con lo más primario del vínculo cuidador/a-niño/a. normatizando las prácticas de crianza, reemplazando la lactancia materna por las fórmulas artificiales o prescribiéndola como si fuera un medicamento. Paradigmáticamente, trató de dar una solución rápida y tranquilizante al *gesto más primario de la voz infantil: el llanto*, proveyendo un fármaco para acallararlo aún sin presunción de enfermedad alguna. Durante algunas décadas del siglo XX, un psicofármaco combinado con antiespasmódico<sup>7</sup> fue prescripto sin demasiadas precauciones para “tranquilizar” a bebés llorones o que dormían poco, extendiéndose al uso doméstico de manera naturalizada. Se lo denominaba con un término afín a lo cotidiano: “la gotita”. Aunque sus indicaciones aclaran que puede producir depresión respiratoria en el neonato, y que puede generar dependencia, se indicaba para menores de 1 año. En su uso indiscriminado (dado que como

---

<sup>7</sup> DIMAVAL ,compuesto por benactizina clorhidrato, homatropina, metilbromuro y pentobarbital

medicamento tenía quizás algunas prescripciones atendibles), se interrumpía ese delicado ordenamiento del caos que se establece entre un bebé que llora y la persona cuidadora, quien al responder adecuadamente a un malestar indiferenciado lo nomina y lo construye como sentido, lo liga a los objetos de satisfacción. Si la respuesta es un fármaco, se comienza a construir un *modelo* de respuesta al malestar que se enlaza al uso de una droga para suprimirlo e introduce al *infans* en la lógica del consumo (Stolkiner A., 2009). En la nursery de algunas clínicas y hospitales se lo administraba como rutina por necesidad de ordenamiento del trabajo del personal de salud.

Otro de los mecanismos es la dupla normalización-patologización. Sobre esto se ha escrito y analizado mucho, pero su extensión hoy se amplía en la forma biomédica, ya que se plantea la utopía de vivir con “malestar cero” y por ende, una serie de padecimientos subjetivos que forman parte de las vicisitudes de la vida son considerados suprimibles médicamente a partir de incorporarlos a la patología.

En un segundo movimiento, todo dolor o malestar de una persona que ha sido encuadrada en una categoría psicopatológica queda subsumido a ello y termina definiendo algo del orden del *ser*. Veamos un ejemplo: el momento de delirio de una mujer joven diagnosticada como “paciente esquizofrénica” bien puede requerir de la psicopatología como una de las herramientas necesarias para su abordaje; pero la incertidumbre y el temor que a ella le produce al iniciar una relación amorosa o de amistad, elegir si explicita que toma medicación psiquiátrica, no es comprensible sin incorporar la dimensión del estigma. Esta situación la acerca más al dilema que tienen las personas que viven con HIV, que a las encuadrables por la psicopatología. Una ansiedad y dolor que se liga al temor al rechazo, al ser borrado por el otro de su condición de sujeto en una situación cuyo sobre-sentido social resulta ineludible. A su vez, esta mujer enfrenta tal problema porque es de las personas beneficiadas con la atención ambulatoria de las problemáticas psiquiátricas, sino su padecimiento probablemente sería el que inevitablemente produce la institucionalización, e imposibilitaría el establecimiento de esos vínculos cuya ruptura teme. Una escucha adecuada debe ser capaz de alojar y darles dimensión a estos dolores sin subsumirlos a síntomas, cuadros, síndromes o trastornos.

Los usuarios de servicios de salud mental agrupados en un colectivo, reivindican en un documento de indicaciones para las pericias psiquiátricas que:.. “Las *rarezas* o *exotismos* en cuanto a la visión de la vida o las apariencias físicas, costumbres o formas de pensar y actuar del otro, no deberían ser causas o motivos de internación o maltrato. Deberían poder incluirse como formas alternativas; diferentes, pero no enfermas”... (APUSAM, 2008). Observan que, en tales pericias, rara vez se indaga sobre la vida cotidiana, sus condiciones y las preocupaciones sobre ella.

Este ejemplo nos acerca a la complejidad de la producción de sufrimiento, dolor o malestar, y a la imposibilidad de reducirlo a una objetivación nosográfica. Simultáneamente incorpora el cuerpo, dado que no hay “dolor psíquico” que no lo implique, y coloca lo social en la determinación misma del proceso. Dentro de lo social, las prácticas y discursos medicalizantes tienen un lugar privilegiado en este caso.

Así, la introducción del concepto de sufrimiento subjetivo –no sin reconocer sus límites-- permite ampliar el campo de comprensión de las problemáticas, descentrándolas de la ontologización psicopatologizante. Al proponer el concepto de “sufrimiento” psíquico como categoría clave de la epidemiología en Salud Mental, Cecilia Ausburger (2002) nos recuerda que ....“la emergencia del sufrimiento psíquico no conduce necesariamente a la enfermedad, puede tanto precederla como ser divergente de ella”... (p. 66).

Una muestra de que este viraje de introducir la dimensión “psíquica” del sufrimiento vital es un acto político discursivo con efectos en las prácticas, es el debate corporativo con respecto a la Ley Nacional de Salud Mental 26657 (2011). Una de las críticas que se le hace a la ley es que define sus sujetos como “personas con padecimiento mental” (p.12) y no como enfermos.

Sucede que la objetivación es probablemente un determinante fundamental en todas las formas de producción de sufrimiento psíquico de la época y es, simultáneamente, un componente de las prácticas en salud. Todo acto en salud invoca una intervención disciplinaria o técnica, potencialmente objetivante. En los modelos hegemónicos de atención, es ésta prácticamente la única que su

organización y producción permite. No obstante, en la perspectiva del pensamiento médico social/salud colectiva, se señala la relevancia de su otra dimensión: la del cuidado, que implica, entre otras características, una “relación intercesora con el mundo subjetivo del usuario y el modo en que construye sus necesidades en salud” (Mehry E.E., 2006 p. 105). Requiere de prácticas en salud integrales que incorporen la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares. Prácticas que se desplazan de la “ontología de la enfermedad” al sujeto, produciendo una “clínica ampliada” (De Souza Campos GW, 2001) y que requieren de nuevos modos de gestión del trabajo en salud: horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinareidad (Stolkiner y Ardila, 2012). Se trata de prácticas en las cuales el componente de objetivación inherente a toda intervención disciplinar queda subordinado al reconocimiento del otro como sujeto con capacidad de innovación y como sujeto de derechos.

Como vemos, el proceso de medicalización-mercantilización-objetivación no sólo se manifiesta en el nivel macrosocial sino que se plantea en cada acto en salud, en una tensión irreductible. Es en función de ello que hemos propuesto reiteradamente que el éxito del campo de la salud mental sería su desaparición, en cuanto campo específico, en el marco de prácticas integrales. Lejos de tratarse de una subordinación a la dimensión biológica de la enfermedad, se dirige a la reincorporación de la dimensión subjetiva en *todas* las prácticas en salud.

Quedan abiertas muchas preguntas sobre cómo poner a trabajar el psicoanálisis en estos momentos. Se trata de un cuerpo teórico y de una práctica que contienen un fuerte potencial subjetivante, que ha traspasado eventualmente los límites de “lo pensable” pero que resultan permanentemente recapturados por la hegemonía discursiva y eventualmente por la pregnancia del modelo medicalizante.

Esto sucede porque el psicoanálisis no está al margen de la historia de las ideas en general, y por lo tanto sus actores y productores son sujetos comunes que, como todos, se mueven en el marco de discursos hegemónicos y en los límites de “lo pensable y lo decible” (Angenot, 2010). También porque sus prácticas suceden en campos cuyas determinaciones y fuerzas contienen. Lo mismo puede decirse de sus formas institucionales, que muchas veces adquieren carácter corporativo. Sin

entrar en el debate de los aspectos intra-teóricos, es posible señalar algunos componentes objetivantes en tales prácticas.

Si la objetivación se concreta por un triple movimiento: individualizar el proceso de salud-enfermedad-cuidado, reducir el padecimiento psíquico a la psicopatología y ontologizar luego el cuadro psicopatológico, es posible preguntarse cómo operan estos movimientos en una práctica que tiene potenciales subjetivantes y se plantea la subjetividad como uno de sus nudos teóricos centrales.

El reduccionismo en este caso no suele hacerse sobre conceptos biológicos sino sobre el constructo de “estructura” o directamente tomando prestada de la psiquiatría la nosografía tradicional, remozada con lenguaje psicoanalítico. La “estructura” pese a ser solamente una herramienta teórica es ontologizada, quizás porque se anhela encontrar un punto de anclaje inamovible en procesos de transformación constante, de tal manera que obtura la escucha del acontecimiento y de la narrativa, núcleo de los procesos vitales y del sufrimiento psíquico.

El hecho de que la clínica psicoanalítica haya sido una práctica desarrollada fundamentalmente bajo el modo del “ejercicio profesional liberal” ha producido algunos fenómenos aparienciales. Uno de ellos es la confusión entre sujeto e individuo. Esto se manifiesta en el lenguaje coloquial del campo, al referirse al “psicoanálisis individual” término que encubre el hecho de que no habría nada menos “individual” que el sujeto del psicoanálisis, pero al superponerle el individuo se opera en una abstracción que habilita dejar fuera el cuerpo y lo social. El dispositivo psicoanalítico en el cual dos sujetos singulares ocupan posiciones que hacen marco a una forma particular de discurso y emergencia de la palabra, no puede ser homologado a un contacto entre dos “individuos”. Por lo menos están presentes allí, además de las corporeidades, un referencial teórico disciplinario, los componentes sociales y culturales de una práctica (no la hay que no sea construida con ellos) y la incertidumbre que ello produce en cuanto acontecimiento.

La escucha (no sólo la analítica sino la inherente a cualquier acto en salud) puede ser entendida como un acto de hospitalidad, tal como la reflexionan Jaques Derrida, y Anne Duformantelle (2008) en el texto que lleva como título ese

término. Pero entonces, supone que aquel que hospeda debe enfrentarse a su propio desamparo, a su propia incompletud, como aparece en el texto citado: ...”la hospitalidad se ofrece, o no se ofrece, al extranjero, a lo extranjero, a lo otro. Y lo otro, en la medida misma en que es *lo otro* nos cuestiona, nos pregunta. Nos cuestiona en nuestros supuestos saberes, en nuestras certezas, en nuestras legalidades”<sup>8</sup>. Alojar la pregunta carece de sentido si quien hospeda no está dispuesto a dejarse interrogar, se trata de una “legítima exigencia de paridad en la hospitalidad ofrecida a la pregunta”. En el mismo texto se plantea la hospitalidad incondicional como un imposible lógico (“no existe la hospitalidad”) y se abre la puerta para mantener el espacio de lo teórico en la escucha, pero no sin someterlo a cuestionamiento y vigilancia permanente.

Quienes desarrollan la práctica psicoanalítica son personas comunes, esto significa tanto que están sujetos a las determinaciones de época como que pueden innovar, pero no dejan de ejecutar discursos hegemónicos. El psicoanálisis en cuanto instituido o como campo, requiere una arqueología y una revisión crítica de sus momentos y acciones, para poder operar reflexivamente sobre sus prácticas actuales. Si bien su misma emergencia fue una revulsión de la hegemonía discursiva, no ha dejado de ceder a ella. Hoy, debe interactuar e imbricarse con otros lenguajes e ideas lo cual no significa subordinarse a ellos. Un ejemplo sería la deuda importante de reflexión alrededor de la cuestión de género y diversidad sexual, así como también sobre las diversidades de producción cultural, étnica y de clase en la producción de subjetividad.

Apenas comienzan a envejecer, y a la luz de cambios sociales algunos de sus postulados adquieren transparencia en cuanto a su construcción imbricada en hegemonías discursivas. Nos interesa mostrar cómo lo hegemónico opera en las prácticas cotidianas del psicoanálisis, en lo que sucede día a día en la clínica. Veamos un ejemplo (seleccionado casi aleatoriamente entre muchos) en una “interpretación” que una reconocida psicoanalista francesa le hace a un niño en la década del 60 del siglo XX, y que figura en un libro que tuvo bastante difusión en la Argentina: *“No, el gran jefe es papá. Él creyó que mamá era demasiado grande para recibir palizas. Por eso dejó que Paul y mamá se las arreglaran solos. Pero papá sabe*

---

<sup>8</sup> Pag. 7

*que si las cosas no andan bien les puede dar una paliza a mamá y a Paul, porque papá manda sobre los dos*" (Mannoni, M., 1973, p.84). Dejamos a los lectores el análisis posible de estas frases a la luz de los discursos actuales sobre la violencia en el ámbito familiar, los derechos del niño, la posición de la mujer y, fundamentalmente, sobre las instituciones del patriarcado y la familia. También es necesario señalar que la presencia en la cultura francesa de *El Segundo Sexo* de Simone de Beauvoir (1949) no había tenido una recepción importante en el psicoanálisis, cuya posición con respecto al feminismo fue mayoritariamente conservadora. La elección de este párrafo no es una crítica dirigida fundamentalmente a esta autora, podemos encontrar ejemplos de este tipo en textos de Freud y otros. Pero lo asombroso en este ejemplo es que tal intervención resulta "eficaz" en la "cura" ante el síntoma que presenta el pequeño paciente, lo cual promovería preguntas de mayor densidad sobre la eficacia en relación a los sentidos sociales.

Otro efecto apariencial es la suposición de que el consultorio privado *no* es un ámbito "institucional", aunque se trata de un ejercicio profesional que se rige por las leyes del mercado, una de las formas institucionales más pregnantes en la época. La muestra discursiva de esto es la frecuencia de los debates sobre "el psicoanálisis en la institución" donde tal institución es siempre el hospital o un dispositivo de salud, generalmente estatal, y donde el ámbito de ejercicio liberal se considera, ingenuamente, "más libre" o como el ámbito "natural" de la práctica psicoanalítica.

Por último corresponde revisar las condiciones de posibilidad de tal práctica. Refiero fundamentalmente a que las instituciones de salud mental tienen todavía en su núcleo el modelo asilar-manicomial (no referido exclusivamente al establecimiento sino a la lógica en que se funda), que potencia permanentemente las tendencias más marcadas a la objetivación. De hecho es un instituido que conforma paradigmáticamente la posibilidad de excepción, permite colocar al otro en un lugar social de "no palabra", de "hiposuficiencia jurídica" (Kraut A, 1991, p.27). Si la dignidad, sustento básico de los derechos, consiste en que el otro no sea colocado en el lugar de objeto, de medio o de mercancía; este modelo de práctica configura violación básica de derechos. En el caso específico del psicoanálisis, cuya

ética se basa en el sujeto, me parece que requiere de soporte subjetivante para poder alojar su especial dispositivo. Con lo cual, la garantía de derechos y de que la palabra del sujeto tenga valor jurídico, se transforma casi en una condición para su posibilidad. Es dudosa la posibilidad del acto analítico en una situación objetiva de indignidad.

#### Bibliografía Citada:

Altamira César: Los Marxismos del Nuevo Siglo, Ed. Biblos, Buenos Aires.2006

Amarante Paulo y Guimâraes Torre Eduardo Enrique: Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas em Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária , Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: 2010

Angenot Marc El Discurso Social-Los límites de lo pensable y lo decible, Siglo XXI , Buenos Aires, 2010.

Allen Frances: Preparémonos: Lo peor está por venir. El DSM-V: Una Pandemia De Trastornos Mentales (Críticas Al DSM-V, Publicadas Por El Autor Del DSM-IV) 2010. <http://psiquiatrianet.wordpress.com/2010/04/19/criticas-al-dsm-v/> (4/5/2011) <http://www.topia.com.ar/articulos/prepar%C3%A9monos-lo-peor-esta-venir-dsm-v-una-pandemia-trastornos-mentales> (14/2/2013)

Asamblea Permanente de Usuari@s de Servicios de Salud Mental-APUSSAM-  
<http://asambleadeusuariosdesaludmental.blogspot.com.ar> acceso 8/9/2012

Asociación Psiquiátrica de América Latina : Guía Latinoamericana de Diagnósticos Psiquiátricos, APAL, 2003.  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia\\_latinoamerticana\\_diagn\\_psiq\\_gladp.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia_latinoamerticana_diagn_psiq_gladp.pdf) (acceso: 4/5/2012)

Ausburger Ana Cecilia: De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave, Cuadernos Médico Sociales, No 81, Mayo de 2002, Rosario (61-75)

Barcala Alejandra y Stolkiner Alicia: Accesibilidad a Servicios de Salud de Familias con sus Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): estudio de caso. VIII Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA. (282-295)

Benjamin Walter. Escritos autobiográficos. Introducción Concha Fernandez. P 28. Alianza Editorial. Madrid 1996. 7

Bettleheim Bruno: Conducta individual y social en situaciones extremas, en Psicología del Torturador; Rodolfo Alonso Editor, Buenos Aires 1973 (29-108)

Bouguerra, Mohamed, "En la jungla farmacéutica", en *Le Monde Diplomatique*, año II, N° 21, Buenos Aires, Marzo de 2001

De Sousa Campos G W. *Gestión en Salud. En defensa de la Vida*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2001.

Derrida Jaques –Dufourmantelle Anne *La Hospitalidad*, Ediciones la Flor, Buenos Aires, 2008.

Eagleton Terry: Terror Sagrado-La cultura del terror en la historia" Ed. Complutense, Madrid,2007.

Cangilhem Georges: La salud concepto vulgar y cuestión filosófica, en Escritos Sobre la Medicina, Amorrortu, Buenos Aires, 2004.

Foucault Michel: Nacimiento de la Biopolítica, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2007.

Foucault Michel : Historia de la Medicalización, en La vida de los Hombres Infames, Editorial Altamira, La Plata, 2008.(85-105)

Foucault Michel: *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina* en La Vida de los Hombres Infames, Caronte Ensayos, Buenos Aires 2008. ( 67-80)

Fumagalli, Andrea (2007) Doce tesis sobre el capitalismo cognitivo y la bioeconomía Traducción: Eugenia Mongil y María Camacho, disponible en <http://esferapublica.org/nfblog/?p=1564> ( 20-6-2012)

Iriart Celia e Iglesias Rios Lisbeth: Biomedicalización e Infancia, INTERFASE Comunicação Saúde Educação v.16, n.43, p.1011-23, out./dez. 2012.

Kraut Alfredo: Responsabilidad Profesional de los Psiquiatras, Ediciones La Roca, Buenos Aires 1991

Laurell Asa Cristina: La Salud de derechos social a mercancía, en Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud, coord. Asa Cristina Laurell, Universidad Autónoma Mexicana Unidad Xochimilco, México, 1994. (9-33)

Ley Nacional de Salud Mental No 26657, Argentina 2011, Ministerio de Salud, Presidencia de La Nación

Mannoni Maud: La primera entrevista con el psicoanalista, Granica Editor, Buenos Aires, 1973 (Primera edición Francia 1965),

Marx, Karl: "El Capital-Crítica de la economía Política" Editorial Siglo XXI, 4ª Edición, 1975.( 70)

Mehry Emerson Elías: Salud: Cartografía del Trabajo Vivo, Lugar Editorial, Buenos Aires,2006.

Moynihan y col. Heath y D. Henry: Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering, British Medical Journal, Vol 321, 13 de abril de 2002, 886-890.

Negri Toni: "Fin de Siglo" , Ed. Paidos/I.C.E.-U.A.B , Barcelona, 1992.

Raffin Marcelo: La Experiencia del Horror- Subjetividad y Derechos Humanos en las dictaduras y posdictaduras del cono sur. Editores del Puerto, Buenos Aires, 2006.

Sfez Lucien: La salud perfecta-Crítica de una nueva utopía , Prometeo Libros, Buenos Aires 2008

Stolkiner Alicia: Antagonismo y violencia en las formas institucionales de la época en Pensando la Institución, comp. Cecilia Moise y Rosa M. Goldstein, Ed. El Escriba, Buenos Aires, 2001 (125-134)

Stolkiner Alicia: ¿Qué es escuchar un niño?: Escucha y hospitalidad en el cuidado en salud en III Simposio Internacional sobre Patologización de la Infancia, Buenos Aires, Junio de 2011 ( actualmente en prensa)

Stolkiner Alicia: Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente, Revista Bilingüe Social Medicine/Medicina Social, Vol. 4 No 1, marzo de 2010 [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)

Stolkiner Alicia y Ardila Gómez Sara: Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas” Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría Vol. XXIII, No 101, enero-febrero de 2012 (57-67)

Stolkiner Alicia: Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta” Revista Propuesta Educativa Número 37 – Año 21 – Jun. 2012 – Vol 1 – FLACSO ( 28 – 38)

Stolkiner Alicia: Subjetividad y Derechos: las organizaciones de usuarios y familiares como nuevos actores del campo de la salud mental Revista Intersecciones (www.psi.uba.ar) Año 2 No 4 septiembre 2012

Vara Ana María: Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o “disease mongering” EVIDENCIA - Actualización en la Práctica Ambulatoria, Septiembre/Octubre de 2008 <http://www.foroaps.org/files/ygijtgkgyt.pdf> (10/2/13)

