

Terapéuticas *psi*, narrativas biográficas y depresiones. Críticas de usuarios/as de servicios de salud mental al campo *psi*

Psy Therapeutics, Biographical Narratives and Depressions. Users of Mental Health Services Criticisms to the *Psy* Field

Esteban Grippaldi

<https://orcid.org/0000-0003-0549-2596>

Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales del Litoral,
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
grippaldiesteban@hotmail.com

Fecha de envío: 10 de abril de 2022. Fecha de dictamen: 8 de julio de 2022. Fecha de aceptación: 28 de setiembre de 2022.

Resumen

Este artículo analiza relatos biográficos *críticos* acerca de las experiencias con profesionales y terapias del ámbito de la salud mental por problemas relacionados con depresiones. En un contexto de expansión y diversificación de los discursos y prácticas del campo *psi*, indaga en las perspectivas y cuestionamientos de usuarios/as de servicios psicoterapéuticos. La pregunta principal que lo orienta es: ¿En las narrativas biográficas cuáles son las críticas que realizan a las prácticas terapéuticas y a quienes la ejercen? Un segundo interrogante: ¿Es posible localizar alguna relación de afinidad entre tipos particulares de críticas y de estilo de terapia *psi*? Estas cuestiones son abordadas a partir de una investigación empírica, realizada en la ciudad de Santa Fe, Argentina. Se analizan 42 entrevistas biográficas para indagar en el repertorio de objeciones que efectúan a las terapéuticas *psi* personas involucradas en procesos psicoterapéuticos.

El artículo localiza un conjunto de relatos que cuestionan la falta de empatía; la falta de provisión de herramientas; la falta de credibilidad; la jerarquía en la relación; y, finalmente, la ilusión de recuperación. Cada uno de estos tipos de críticas suelen adquirir mayor presencia en determinadas prácticas terapéuticas. En estos estilos de

objeciones se hallan críticas más singularizadas —orientadas a personas particulares que ejercen de terapeutas— y más generalizadas —dirigidas a los fundamentos de las terapias. El trabajo contribuye a los estudios sociales sobre el campo *psi* al producir conocimiento empírico acerca de los saberes críticos por experiencia de personas involucradas en diferentes terapias *psi*.

Abstract

This article analyzes critical biographical accounts of experiences with professionals and therapies in the field of mental health for problems related to depression. In a context of expansion and diversification of the discourses and practices of the *psy* field, it investigates the perspectives and questions of users of psychotherapeutic services. The main questions that guide this analysis are: In biographical narratives, what are the criticisms made to therapeutic practices and those who exercise them? Is it possible to locate any relationship of affinity between particular types of criticism and style of *psy* therapy? These issues are addressed in this empirical work, carried out in the city of Santa Fe, Argentina. Forty-two biographical interviews are analyzed to investigate the repertoire of objections made to *psy* therapeutics by people involved in psychotherapeutic processes.

This article locates a set of narratives that question: the lack of empathy, the lack of provision of tools, the lack of credibility, the hierarchy in the relationship, and, finally, the illusion of recovery. Each of these types of criticism tends to acquire a greater presence in certain therapeutic practices. In these styles of objections, there are more singular criticisms —aimed at particular people who work as therapists— and more generalized ones —aimed at the foundations of therapies. This work aims to contribute to social studies in the *psy* field by producing empirical knowledge about the experiential critical knowledge of people involved in different *psy* therapies.

Palabras clave: narrativas biográficas; psicoterapias; depresión; salud mental; relatos biográficos.

Keywords: Biographical narratives; psychotherapies; depression; mental health; biographical stories.

Introducción¹

Las prácticas y discursos terapéuticos en las sociedades occidentales alcanzan un nivel inusual de legitimidad cultural y constituyen uno de los principales marcos de referencia para interpretar y expresar los malestares del yo. Las tecnologías y técnicas que abordan fenómenos considerados psíquicos y emocionales se convierten en una “estructura cultural profunda”, al mismo tiempo “omnisciente e inconsciente” (Illouz, 2010: 201-202). Esta “estructura”, que se manifiesta en microprácticas de los actores, ha sido posible a través de un conjunto de factores, tales como la institucionalización del discurso terapéutico en el Estado, la creciente autoridad social de los psicólogos, el papel de las compañías de seguros y de la industria farmacéutica en la regulación de las patologías y el uso de las terapias por diversos agentes de la sociedad civil (Illouz, 2010).

Durante la década de 1960, en simultáneo con la expansión y diversificación de las ofertas *psi*, emergieron un conjunto de estudios críticos sobre las terapias y sus formas de intervenir en las subjetividades. Estas perspectivas, en ocasiones, provienen del interior del “campo *psi*” (del Monaco y Epele, 2020), como lo representan los trabajos de psiquiatras a quienes se agrupa dentro del movimiento de la antipsiquiatría, cuyos diferentes enfoques tienen en común el cuestionamiento a los fundamentos, prácticas e implicancias de la psiquiatría institucional (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2016).

También en esos años se desarrollaron diversas objeciones desde las ciencias sociales y humanas. Así, Foucault publicó *Historia de la locura en la época clásica* (2015), Goffman (2009) describió al hospital psiquiátrico como *institución total* que *mortifica el yo* y Scheff (1999) denunció los efectos perniciosos de los diagnósticos psiquiátricos y la descontextualización de fenómenos sociales. Estas posturas críticas se dirigieron principalmente a la psiquiatría y su lógica manicomial.

En las últimas décadas, en paralelo a una mayor complejidad del campo *psi*, se amplió el abanico de las críticas. Así, la progresiva extensión de prácticas fuera del espacio asilar (Caponi, 2015), la gestación de una biopolítica de las enfermedades leves (Martínez Hernández, 2006), la incorporación de expertos y saberes *psi* en las principales instituciones modernas (Illouz, 2010), y el protagonismo de racionalidades orientadas a hacerse cargo de la propia salud (Rose, 2012) son procesos que generaron las condiciones para otro conjunto de cuestionamientos a las terapias *psi*. En las ciencias sociales, se efectuaron críticas a la ampliación del espectro de

objetos/sujetos de intervención que aluden a la medicalización (Conrad, 2007) y farmacologización (Bianchi, 2018). Concomitante a esta mayor injerencia en *nuevos* asuntos, otros autores destacaron las consecuencias de los marcos interpretativos y de acción de las terapias; de este modo, la crítica comunitarista (Parra-Giraldo y Astaíza-Martínez, 2021) objeta que estas fomentan el individualismo, conducen a una falta de compromiso político y debilitan los lazos sociales (Lasch, 1999).

Vinculado a este estilo de señalamientos, se destaca que los problemas sociales pasan a considerarse sufrimientos individuales por lenguajes expertos, que los hacen abordables por las terapéuticas *psi* (Wilkinson y Kleinman, 2016). Esta modificación de los esquemas interpretativos, se debe a que la lógica de estas profesiones requiere para legitimarse la premisa de que el malestar de quienes consultan forma parte y es tratable en el ámbito de la psicoterapia (Flick, 2016). Esta traducción del malestar contribuye a una justificación del sufrimiento, que convierte las injusticias sociales en disfuncionalidades internas (Illouz, 2010). O, en términos de Fisher (2018), conducen a una “privatización psíquica” en la que, al mismo tiempo que otorgan una agencia excesiva a las personas para transformarse —“voluntarismo mágico”— despolitizan los padecimientos. Recientemente, los *Mad Studies* —una línea de trabajo surgida en Canadá que aúna investigación y militancia— también cuestionan la individualización de los problemas sociales y la patologización de las personas por parte de los saberes *psi* (Beresford, 2022). La particularidad de esta vertiente, cuyos supuestos recuperamos, es que produce conocimiento con personas psiquiatrizadas y otorga primacía analítica a las experiencias de usuarios/as de servicios de salud mental.

Por otra parte, en el contexto local existe una amplia gama de estudios sociales sobre las terapias y dispositivos *psi*. Algunas investigaciones concentran sus análisis en estilos terapéuticos particulares. En este marco, se destacan trabajos sobre el psicoanálisis desde una perspectiva que prioriza una dimensión histórica (Plotkin, 2017), la descripción de las nociones que estos psicólogos utilizan para referir a los tratamientos en un hospital psiquiátrico (Mantilla, 2015), y una aproximación etnográfica en contextos de pobreza urbana sobre los modos de escuchar entre los psicólogos (Epele, 2015). Otros centran sus intereses en el campo de la psiquiatría, como Mantilla y Alonso (2015), que abordan los puntos de vista de profesionales acerca de la transmisión de diagnósticos psiquiátricos. O en psicólogos de orientación cognitivo conductual, como del Monaco (2020), que analiza el tipo de sujetos que se

producen durante el proceso terapéutico. En terapias no convencionales o prácticas alternativas, indagan sobre usuarios/as de acupuntura (Freidin y Abrutzky, 2010) y en disciplinas de autoconocimiento (D'hers, 2018). Otras miradas se interesan en un tipo específico de diagnóstico o padecimiento y el modo de considerarlo, definirlo y tratarlo, tales como el TDAH (Bianchi, Faraone y Torricelli, 2021) y el consumo problemático de drogas (Camarotti, Jones y Di Leo, 2017).

Los estudios locales —si bien no se agotan en los mencionados— a menudo priorizan el análisis de las prácticas y los discursos terapéuticos desde el punto de vista de los profesionales y de los/as usuarios/as acerca las terapéuticas *psi*. No obstante, estas investigaciones suelen desatender las narrativas sobre las experiencias en prácticas terapéuticas de quienes sufren depresión (Grippaldi, 2020) —el padecimiento psíquico más prevalente a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2021). Por su parte, las críticas a las terapias a menudo reposan en generalizaciones del campo *psi* que dificultan establecer las diferencias entre los diferentes estilos terapéuticos.

Suponemos que estos cuestionamientos generales a veces obturan las voces de quienes emprenden procesos terapéuticos. En este artículo no pretendemos discutir los procesos de privatización del sufrimiento, suficientemente documentados en diversas latitudes por una serie de investigaciones. Tampoco objetar los sustantivos aportes nacionales acerca de los modos en que operan las diferentes lógicas terapéuticas. Interesa atender a los múltiples cuestionamientos que efectúan quienes participan como usuarios/as en espacios terapéuticos, a pesar de considerar tener experiencias negativas, con la esperanza de encontrar un alivio, al menos provisorio, a sus malestares.

Para indagar en el repertorio de críticas que efectúan las personas involucradas en procesos terapéuticos analizamos sus relatos biográficos o narrativas personales (Meccia, 2019). Estas representan las formas que disponen para dar sentido, poner en orden y valorar sus experiencias. Desde esta perspectiva las narrativas son *logros interpretativos* de los narradores, guiados por distintos esquemas hermenéuticos o recursos cognoscitivos provistos por la cultura en un momento históricamente determinado (Meccia, 2017 y 2019).

En este artículo, analizamos relatos biográficos *críticos* acerca de las experiencias con profesionales y terapias del ámbito de la salud mental por problemas relacionados con depresiones. Concentramos el análisis en las críticas o experiencias

desfavorables con las prácticas terapéuticas. Para evitar confusiones, cabe señalar que otras personas entrevistadas destacan a las terapias y/o terapeutas como agentes que contribuyeron a un *turning point* en sus biografías. No obstante, estas experiencias exitosas no forman parte de este análisis. En diálogo con las perspectivas críticas de las ciencias sociales sobre el campo *psi*, circunscribimos el análisis a las narrativas de experiencias críticas, sin desconocer los aportes que en reiteradas oportunidades manifiestan sus usuario/as a las terapias.

La pregunta principal que orienta este artículo es: ¿En las narrativas biográficas cuáles son las críticas que realizan a las prácticas terapéuticas y a quienes la ejercen? Otro interrogante que adquiere un peso secundario es: ¿Es posible identificar alguna relación de afinidad entre tipos particulares de cuestionamientos y el estilo de terapia? Como detallamos en el próximo apartado, para responder a estas cuestiones nos basamos en una investigación empírica realizada en la ciudad de Santa Fe, Argentina (Grippaldi, 2020).

Descripción de la investigación

Las cuestiones presentadas son abordadas a través de un estudio con datos obtenidos entre principios de 2017 y fines de 2019. En ese trabajo analizamos las narrativas biográficas de usuarios/as de servicios de salud mental por padecimientos asociados a depresión y las representaciones de terapeutas acerca de las depresiones y sus abordajes (Grippaldi, 2020).

Las personas que participan en este estudio comparten la situación biográfica de concurrir a espacios terapéuticos de gestión privada como medio de afrontar malestares asociados a depresión. En el conjunto de personas entrevistadas existe una elevada heterogeneidad de sus itinerarios terapéuticos. Además de los diversos recorridos, su extensión varía significativamente puesto que algunas apenas tienen experiencia con un profesional de la salud mental, mientras que otras desde hace décadas recurren a diferentes terapias *psi*. En su mayor parte disponen de obra social o prepagas y provienen de sectores medios.

En lo relativo a los diagnósticos psiquiátricos, la mayor parte de las personas entrevistadas —específicamente 33 de 42— declara haber recibido un diagnóstico de depresión. Otras se autoperceben como tales sin haber tenido un diagnóstico, a pesar de participar en espacios terapéuticos. En cuanto al género, entrevistamos a 29 mujeres y 13 varones. Las cifras epidemiológicas indican, en esta misma línea, que en

proporción a la población mundial la depresión es más frecuente en las mujeres (5,1 por ciento) que en los varones (3,6 por ciento) (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En cuanto a las edades, el mayor número de entrevistas se concentra en menores de 35 años, las cuales comprenden un total de 19. La persona más joven tenía 18 y la mayor 76 años al momento de la entrevista. Por último, en cuanto al uso de medicamentos psiquiátricos, 27 reportan consumir psicofármacos, mientras que 14 abandonaron, terminaron o no iniciaron tratamiento farmacológico. Del conjunto de la muestra, solamente un varón participante en estilos holísticos manifestó que no consumió fármacos como medio terapéutico.

En esta investigación nos centramos en los lineamientos de las metodologías cualitativas y, concretamente, empleamos el método biográfico en su versión de relatos de vida (*life story*) (Meccia, 2019). En afinidad con la conceptualización de narrativas personales, esta metodología utiliza un conjunto de procedimientos para obtener datos relativos a las maneras de contar acerca de sus biografías o de un periodo significativo. Este estudio aborda la temporalidad biográfica que comprende desde el reconocimiento del origen de la depresión hasta el presente de la narración. No obstante, en este artículo focalizamos el análisis en una parte específica, la etapa en la que participan en terapias como medio de atención a sus problemas de salud.

En congruencia con los relatos de vida, para la obtención de datos utilizamos primordialmente la entrevista biográfica (Muñiz Terra, Frassa y Bidauri, 2018; Schütze, 2010). Diseñamos una guía de entrevista con la finalidad de incitar y facilitar a las personas la elaboración de una trama narrativa acerca de sus experiencias de depresión y en terapias *psi*.

Además de esta técnica, realizamos 20 entrevistas semi-estructuradas y conceptuales (Flick, 2007) a especialistas del área de salud mental. Estas cumplen un rol secundario respecto del objetivo del presente artículo, puesto que sirven para relevar las representaciones sobre la depresión desde el punto de vista de experto/as por formación y como medio de contacto con usuarias/os de servicios de salud mental. También en la investigación, aunque de manera subsidiaria para este artículo, analizamos fuentes secundarias que permiten caracterizar los espacios terapéuticos y sus modalidades de intervención.

En lo relativo al modo de contactarnos con quienes participan en la investigación, procedimos de cuatro maneras. Primero, el mayor número de personas

las contactamos a través de profesionales del área de salud mental que entrevistamos. Segundo, mediante conocidos que informaban de personas dispuestas a participar. Tercero, mediante la técnica bola de nieve. Finalmente, a través de la participación en una institución terapéutica.

Como señalamos, el uso de fuentes secundarias y entrevistas a profesionales permite, entre otras cuestiones, describir el campo *psi* santafesino. La noción de campo *psi* o, empleado aquí como sinónimo, terapias *psi* es intencionalmente amplia. Con ella aludimos a cualquier servicio prestado del ámbito de la salud a los que asisten las personas con fines de atenuar o resolver sufrimientos psíquicos, problemas personales o emocionales. De esta manera, esta categoría no se reduce a los tratamientos psicológicos, sino que incluye modalidades de atención psiquiátrica y de terapias holísticas. También utilizamos el rótulo de profesional de forma abarcativa para referir a personas con *expertise* por formación, sin restringir su uso a quienes poseen un título universitario. En la ciudad de Santa Fe existe un amplio campo de actividades compuestas por un heterogéneo conjunto de prácticas, discursos y oferentes de servicios orientados a la gestión de los sufrimientos psíquicos. Estos dispositivos materiales y simbólicos de salud dan sentido a los procesos de construcción y gestión de la subjetividad (Plotkin, 2017). Las diferentes terapias *psi*, a pesar de sus notables diferencias, inciden en los modos en que las personas comprenden y significan lo que les sucede.

La muestra se compone de 42 personas entrevistadas, con varias conseguimos reunirnos en más de un encuentro. El criterio de selección de los/as participantes es que practiquen terapias *psi* y se autoperciban con depresión. La expresión *autopercepción* sirve para indicar a aquellas personas que, al momento de contactarnos y realizar las entrevistas, consideran sufrir o haber sufrido recientemente depresión². Al momento de las entrevistas, 16 realizan psicoterapias (9 practican psicoanálisis, 4 terapias cognitivo-conductual y 3 sistémica), 9 reciben tratamiento psiquiátrico-farmacológico³, 9 son usuarias de un espacio de rehabilitación psico-social y 8 practican terapias holísticas. Estos estilos terapéuticos tienen un peso significativo en el campo *psi* santafesino, que se visualiza en un amplio conjunto de instituciones que legitiman su accionar.

Por su especificidad local es necesario describir el denominado espacio de rehabilitación psico-social. Esta es una institución que realiza un trabajo interdisciplinario en la ciudad de Santa Fe. De acuerdo con su sitio web, esta

asociación surgió en 2000 con el objetivo de promover la participación ocupacional de personas que presentaran dificultades en su desempeño cotidiano producto del impacto de eventos de la vida y/o diagnósticos médicos tales como depresión y esquizofrenia, entre otros. De este modo, persigue como metas el acompañamiento progresivo y pautado a los fines de lograr la integración de sus participantes en los diversos ámbitos y la intervención activa y autónoma en sus proyectos de vida. En este trabajo terapéutico, el espacio propicia la capacitación laboral de usuarios/as en la comunidad. Varios de sus participantes son derivados de clínicas de internación⁴.

También, por la amplitud de significados, es necesario precisar qué comprenden, en este estudio, las terapias holísticas. Desde los años 1970, se expande significativamente el movimiento holístico. Esta denominación abarca a una variedad de medicinas alternativas y complementarias que tienen una historia por fuera de la medicina occidental moderna (Freidin y Borda, 2015). En oposición al saber biomédico, basado en la especialización y en la racionalización, estas prácticas terapéuticas promueven una comprensión más integral del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado (Freidin, 2014). En su diversidad, comparten la premisa de que la mente y el cuerpo constituyen una totalidad integrada. Estas terapias tienden a emplear explicaciones vitalistas y espirituales y a utilizar recursos energéticos para influenciar desequilibrios emocionales y orgánicos. En muchas ocasiones, promueven prácticas de autoconocimiento, autotransformación y aspiran a que el individuo se encuentre consigo mismo. Las personas entrevistadas que recurren a este estilo de actividad realizan, muchas veces de forma combinada, meditación, yoga, homeopatía y acupuntura.

En lo que respecta al análisis de los relatos de vida, nos enfocamos en los tipos de apreciaciones consideradas negativas de las terapias y terapeutas *psi*. El análisis de las narrativas oscila entre dos planos. Por un lado, el principal eje analítico busca relevar *cuáles* son los tipos de juicios que realizan las personas que narran⁵. Por otro, de manera complementaria, relevamos a *quién* se dirigen las objeciones. Con este aspecto queremos distinguir si la crítica se concentra en sujetos concretos o singulares (alguien que ejerce el rol de terapeuta) o abstracto y general (por ejemplo, los principios en los que se sustenta una práctica terapéutica). Para distinguir los diferentes tipos de críticas, procedemos a reagrupar las voces en categorías creadas. Estos constructos conceptuales permiten reunir los relatos biográficos en torno a nociones compartidas acerca de las experiencias en espacios terapéuticos, pero no

pretenden ser categorías herméticas. También, en este reagrupamiento de las voces, distinguimos a qué tipos de terapias suelen dirigirse los diferentes estilos de críticas.

En cuanto a los aspectos éticos, la investigación se enmarca dentro de los criterios establecidos en la *Guía de buenas prácticas clínicas de investigación en salud humana* (Resolución del ex Ministerio de Salud de la Nación N° 1480/2011) y en los *Lineamientos para el comportamiento ético en las ciencias sociales y humanidades*, elaborado por el Comité de Ética de CONICET (Resolución del ex Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación N° 2857/2006). Además, para la realización de las entrevistas utilizamos un consentimiento informado con la intención de asegurar los derechos de las y los participantes. En este artículo, para resguardar sus identidades, los nombres personales utilizados son de fantasía y los institucionales son omitidos.

Frustraciones con terapias y terapeutas *psi*

Las personas que inician prácticas terapéuticas tienen expectativas explícitas o implícitas de que estas contribuirán a comprender, resolver o atenuar sus problemas de salud. Los relatos biográficos que presentamos a continuación constituyen experiencias en las que, por diversas razones, estas esperanzas son defraudadas⁶.

En su mayor parte, los testimonios presentan apreciaciones negativas dirigidas a los terapeutas *psi* más que a los principios o premisas en las que se sustentan. Por tanto, suelen realizarse críticas que denominamos *singularizadas*, puesto que remiten a experiencias particulares, localizadas en espacios específicos y orientadas a determinados profesionales. Otras críticas —que aparecen con menor frecuencia— son *generalizadas*, puesto que aluden a cuestiones estructurales, tales como las terapias en general o las premisas de un estilo terapéutico concreto y son independientes de quienes asumen el papel de terapeutas.

También es posible diferenciar las críticas según sus intensidades. Así, muchos de los relatos enfatizan en la inutilidad de las terapias *psi*. La frase que se escucha con insistencia es: “no sirvió para nada”. Otros resaltan que no solo no aportan, sino que también perjudican. La propia institución terapéutica, contrario a sus postulados, es capaz de producir o agravar los padecimientos que declara afrontar. En estas ocasiones, los agentes y dispositivos médicos son prácticas iatrogénicas que provocan un perjuicio a la salud de las personas.

En términos generales, estas narraciones biográficas comparten de modo

subyacente la idea de que las terapias y los terapeutas constituyen, por diferentes razones, obstáculos que dificultan la recuperación de las personas. A continuación, presentamos las críticas denominadas: falta de empatía; falta de herramientas; falta de credibilidad; denuncias de asimetría vincular; y, finalmente, ilusión de recuperación.

Falta de empatía

La empatía constituye un término al que recurren las personas entrevistadas en reiteradas oportunidades. A esta denominación les asignan diversos significados que, desde sus perspectivas, implica acompañar, comunicar, escuchar, entender o experimentar lo que les sucede a los consultantes con quienes los terapeutas interactúan. En los relatos que siguen agrupamos testimonios de signo contrario, puesto que las personas que narran explicitan la falta de empatía o de comprensión por parte de los especialistas.

Esta crítica a la ausencia de empatía es transversal a los diferentes estilos terapéuticos. No obstante, observamos que se dirige principalmente a psicólogos (psicoanalista, sistémicos y cognitivos conductuales). Probablemente, esto pueda comprenderse porque, si bien como presupuesto orientativo las personas suelen esperar de los terapeutas *psi* cierto grado de empatía, parece que depositan mayores expectativas de receptividad en los psicoterapeutas.

Una crítica recurrente por parte de las personas que practican terapias holísticas es esta atribución de falta de empatía de psicólogos/as. Este estilo de cuestionamiento lo ilustra el relato de Mariano, quien sufrió una crisis depresiva a consecuencia de la sobrecarga laboral. Antes de iniciarse en un recorrido holístico, concurrió a terapias psicológicas:

“[El psicólogo] utilizó muchas palabras extrañas que te tenés que dar cuenta que vos no podés hablar desde lo académico cuando una persona... no entendés nada cuando hacés eso, para mí. Si vos no podés bajar la información a la situación de la persona con la cual estás hablando, no estás empatizando, no estás entendiendo nada [...] Me sentía así con los profesionales, no empatizan, no se dan cuenta”. (Mariano)

El cuestionamiento de Mariano a la falta de empatía del psicólogo reside en el lenguaje especializado que empleaba para comunicarse. Se trata de una discrepancia entre las palabras del mundo de la vida del consultante con las del profesional (Korman e Idoyaga Molina, 2010), aquello que Saizar (2015: 101) denomina el “discurso incomprensible”.

Otra falta de empatía y de entendimiento está asociada al desfasaje entre el conocimiento teórico del terapeuta y el saber de la experiencia de quienes padecen. Al respecto, Julián, un joven que participa en espacios holísticos vinculados a la meditación desde antes de atravesar experiencias de depresión, dice lo siguiente:

“Lo veía como muy de manual. Es como que te diga che, tengo vómitos. «Ah, tenés una gastroenteritis». Vos decís síntomas que leyó en un librito que ante esto tenés esto otro. Que alguien me diga de algún librito, no le creo. Si vos no viviste la depresión, no me podés hablar de depresión. Yo me entendí a mí mismo. Antes me parecía estúpida la pregunta por el sentido de la vida, nunca la había vivido. Entonces, alguien que no vivió una crisis de esa, que me quiera ayudar a mí, para mí es muy teórico [...] Y yo descreo que los psicólogos, o sea por el hecho de estudiar un libro, pueden acompañar la depresión. Es algo que por lo menos tienen que experimentar o, no sé, por lo menos tienen que empatizar”. (Julián)

En este relato, la crítica basada en su experiencia le permite generalizar sobre la psicología y la psiquiatría. La falta de empatía es producto de no haber sufrido una situación análoga. Privilegia el saber de la experiencia vivencial sobre el saber teórico o conceptual de la formación profesional. A diferencia de Mariano, más que el lenguaje utilizado, lo que cuestiona es que carecen de vivencias similares. Es casi condición necesaria para ayudar al que sufre depresión haber transitado una experiencia semejante.

Por su parte, Daia, una joven estudiante de Trabajo Social que desde su adolescencia recurre a distintas terapias *psi*, en una de sus críticas de las experiencias terapéuticas cuenta lo siguiente:

“[Con esta psicóloga] fui menos de diez sesiones. Y nada. Una experiencia también fea porque yo sentía que la psicóloga no me escuchaba. No estaba presente, no estaba conectada con lo que yo le estaba diciendo. Como si no le importara [...] Sentía que la loca estaba ahí por estar. No empatizaba”. (Daia)

En el relato, Daia realiza una crítica singularizada a una psicóloga particular. Aquí, más que una diferencia en los tipos de saberes, se trata de una percepción de desinterés. Durante las sesiones sentía que lo que contaba, para su terapeuta, no era importante. Los relatos de crítica a la falta de empatía asociada a la ausencia de compromiso y a una escucha sin involucramiento son efectuados principalmente a psicoanalistas. A continuación, presentamos dos testimonios que ilustran esta distancia en el vínculo terapéutico:

“Este hacía psicoanálisis y no me sirvió para nada. El tipo me preguntaba cuando entraba cómo andás y a partir de ahí él pretendía que yo hable de todo. Que no está mal, pero yo tenía como muchas trabas, todavía. Necesitaba otro tipo de análisis que me ayude a destrabar. Entonces me pasaba que lloraba mucho durante toda la terapia porque no podía hablar. Él lo único que me decía era cómo estás y se me quedaba mirando. Y se me pasaban diez mil pensamientos por la cabeza y no podía largar ninguno. Mientras lloraba, el tipo no hacía nada, tampoco. Nada. Entonces miraba la hora en un momento y me decía: «bueno, ya está». Me daba un pañuelo, yo me secaba las lágrimas y me iba. Y mi mamá sostenía que ese era el mejor analista, que tenía que ir a ese. Entonces fui bastante tiempo. No pude solucionar nada. O sea, fue tiempo perdido”. (Larisa)

“Fui a otra, muy psicoanalista. Que no hablaba, no decía nada, solo me escuchaba. Y yo sentía como que era prender un grabador y hablarle y que el grabador cada tanto me dijera: «hum». Era lo mismo, así que no le iba a pagar”. (Paulina)

La falta de empatía de los profesionales denunciada en los últimos relatos se expresa en esta escucha distante, percibida como indiferente o inhumana frente al sufrimiento. Como trasfondo a las críticas por ausencia de empatía, los relatos señalan que la terapia no genera los resultados esperados. No contribuye e incluso en algunas ocasiones perjudica el trabajo de recuperación de las personas. Escuchar en el ámbito de la psicoterapia es una actividad relacional que implica movimientos y gestos, silencios, intervenciones que incluyen a otros (Epele, 2015). En los relatos críticos, la escucha en apariencia imparcial de los expertos parece despojada de signos de interés en la historia que se cuenta y en la persona que cuenta. A este tipo de práctica, que muchas veces refleja la adhesión a premisas clásicas de orientación psicoanalítica, algunos usuarios/as la interpretan como expresión de desinterés.

Falta de herramientas

En la categoría *narrativas de falta de herramientas* agrupamos un conjunto de relatos que presentan críticas a las terapias al señalar que no les aportan recursos cognitivos ni prácticos para entender su situación o modificar sus conductas. Estas narrativas destacan la ausencia de provisión de insumos o técnicas para afrontar sus problemas de salud. En efecto, en estos testimonios las terapias *psi* no sirven porque no suministran nada nuevo para gestionar sus malestares.

En numerosas ocasiones, este estilo de relato cuestiona el tiempo de trabajo biográfico en el que hacen énfasis los terapeutas. Así, el entendimiento de las causas del malestar originado en el pasado y la precisión del modo en que desean proyectarse a futuro no proveen, al menos de forma directa, técnicas para sobrellevar

la situación presente. En esta crítica a la dimensión temporal en que enfatizan las psicoterapias se basa el relato de Antonella. Su itinerario terapéutico consiste en asistir a psicólogas en consultorios privados, psiquiatras y, posteriormente, realizar terapias holísticas hasta formarse y ejercer como terapeuta. Describe que posee una “personalidad depresiva” que en algunas ocasiones se agudiza. A continuación, presentamos un fragmento de su entrevista cuando se encuentra en estados que adquieren mayor gravedad:

“En principio empecé con psicólogas, probé con cuatro y no me cerró ninguna, todas me decían: «bueno, ya va a pasar». Yo no sé qué va a pasar, ¿me entendés? ¡Necesito otra respuesta! Quiero saber cómo vivo hoy, porque como todas te hablaban del futuro, ¡yo quería vivir hoy! ¡Quería estar bien hoy!, y todas me hablaban del futuro o de mi historia, todo bien con mi historia, pero yo necesito vivir hoy, porque no puedo vivir hoy. Entonces, siempre la historia, cómo fue. ¡Pará! Necesito vivir hoy, te banco toda la reflexión, te cuento todo lo que vos quieras, pero dame qué hacer hoy. ¡Cómo hago para no cortarme hoy! ¡Cómo hago para no querer matarme hoy! Es el ahora, lo inmediato [...] ¡Hoy tenés ganas de matarte!”. (Antonella)

La crítica de Antonella, cargada de afecto, apela al incumplimiento de sus expectativas en esos espacios en una situación vital de crisis. En efecto, busca recursos inmediatos para evitar autolesionarse o concretar sus fantasías suicidas y solicita técnicas para sobrellevar el presente: “dame qué hacer hoy”. Pero las diferentes psicólogas la conducen a reflexionar sobre el pasado o el futuro. No se trata solo de situarse en el presente, sino de adquirir herramientas para problemas específicos.

Esta falta de recursos para afrontar la situación presente es utilizada para criticar con regularidad a profesionales de orientación psicoanalítica. El relato de Larisa, una joven estudiante de Cine que desde su niñez asiste a espacios terapéuticos, resalta la inutilidad de las psicoterapias que buscaban ir a la “raíz” del problema para solucionar los vómitos frecuentes desde la infancia:

“A partir de los 18 años es que empecé con esta psicóloga que es muy distinta a todas las demás. Ella hace una terapia que se llama cognitivo conductual. Y me sirvió mucho porque, claro, todos los otros psicólogos, trataban de llegar a la raíz. Y yo en realidad necesitaba resolver primero esos síntomas. Si no, no iba a poder hacer nada. Y ella fue la que mejor lo captó y superé eso en un año”. (Larisa)

El relato de Larisa resalta la resolución de problemas que percibe desde que tiene conciencia mediante la psicoterapia. Procede a comparar la psicóloga actual que le da resultados con otros profesionales que no le aportaron. La cita sirve para destacar la

crítica a esas psicoterapias que intentan conocer las causas profundas sin solucionar primero los síntomas. Contar acerca de su vida y los diferentes eventos traumáticos, aunque permite una mayor comprensión de su historia, no se refleja en la resolución de problemas concretos. Diferente al relato de Larisa es la crítica que realiza Pablo — un abogado que concurre a terapia psicoanalítica por sus recurrentes padecimientos depresivos luego de una ruptura de pareja— a sus experiencias pasadas con vertientes de la psicología cognitiva-conductual:

“La cognitivo-conductual, quizás, para determinados inconvenientes, como por ejemplo el miedo a volar, o el miedo a las alturas, todo eso, sí puede llegar a servir un enfoque de ese tipo o un profesional que trabaje en esa corriente. Pero para mi problema no era. Yo tenía que descubrir qué era lo que me llevaba a actuar de esa manera, digamos. Y no iba a venir de la mano de... yo, mi problema era más estructural”. (Pablo)

De acuerdo al relato de Pablo, la vertiente cognitivo-conductual puede ser útil frente a comportamientos o hábitos específicos, pero no aporta herramientas para la solución de fondo de sus problemas de orden interno y estructural. Desde su perspectiva, para adquirir técnicas de autogobierno de las conductas, primero es necesario conocer las causas profundas.

En consonancia con el testimonio de Pablo, Lucrecia —una joven estudiante de Medicina que combina psicoanálisis con tratamiento farmacológico— cuestiona las terapias holísticas: “Sentía como que no había resultados, era como que se trataba mucho del aquí y ahora y yo sentía que había cosas que tenía que resolver desde otro lado”. Su crítica se basa en la dimensión de la temporalidad del presente en las terapias de cuño holista. Desde su perspectiva, debido a sus problemáticas de depresiones recurrentes, atribuidas a la muerte de su madre en su niñez, necesita centrarse en el pasado y estas terapias no ofrecen herramientas sólidas para comprender su propia historia.

El siguiente relato efectúa una crítica generalizada a terapeutas *psi* de diferentes vertientes. Ernesto, un abogado que sufre reiteradas depresiones, cuenta que prueba con varias terapias, pero, en la actualidad, aunque se manifieste crítico, solo continúa con tratamiento farmacológico. Al contar acerca de su experiencia de depresión, dice:

“Es justamente como un agujero que no encaja en el discurrir occidental. O sea, un deprimido, quién es, digamos. No tiene sentido dentro del esquema capitalista,

productivo. Qué sé yo, te faltan más vacaciones, qué sé yo. Qué le podés decir a un depresivo. Un psicólogo, a un deprimido, qué le puede decir: ¡nada! Bueno, ¿qué te gusta? Te gusta el tenis, andá a jugar al tenis. No le puede decir. Alguien te dice qué sentido tiene la existencia. ¿Qué le dirías vos?”. (Ernesto)

En el relato de Ernesto, la depresión es un planteo fundamental sobre el sentido de la existencia que trasciende lo que le gusta hacer a la persona. La imposibilidad de ayudar al depresivo por parte del terapeuta reside en que no puede recomendarle nada que contribuya a que esté mejor. Por tanto, en esta crítica generalizada no importa el grado del cumplimiento del rol del terapeuta, es una tarea condenada al fracaso.

En síntesis, las *narrativas de falta de herramientas* comprenden un conjunto de relatos sobre experiencias críticas con, principalmente, psicólogos por no aportar recursos o técnicas concretas para mejorar o sobrellevar la situación biográfica. Algunas personas entrevistadas cuestionan la incapacidad para suministrar pautas en situación de crisis. Otras critican que se centran en el presente, en el aquí y ahora, y desatienden las causas del pasado que operan como condiciones de posibilidad del malestar actual. También destacan que independientemente de la dimensión temporal en la que se sitúan las terapias *psi*, son incapaces de ayudar a quienes sufren depresión.

Falta de credibilidad

La categoría *narrativas de falta de credibilidad* comprende relatos que enfatizan el incumplimiento del rol esperado por parte de quienes lo ejecutan. Estas narrativas aluden a la pérdida de confianza en terapeutas —en sus palabras o en sus prácticas— en términos de autoridad o portadores de conocimiento científico. De este modo, desde las perspectivas de quienes concurren a los espacios terapéuticos, las personas que abordan los malestares anímicos no cumplen con cuestiones éticas (la confidencialidad, el secreto profesional, con lo convenido previamente). O, a veces, se erosiona la representación de que disponen de un saber legítimo relativamente incuestionable. Esta crítica centrada en la desconfianza fue también relevada en la investigación de Oliveira (2015) sobre itinerarios terapéuticos de personas que participan en espacios holistas por depresiones.

En un contexto de híper reflexión biográfica, son las propias personas que consultan quienes cuestionan los conocimientos especializados, la autoridad

profesional y las lógicas en las que se asientan sus prácticas (Fee, 2000). Esto ocurre principalmente en padecimientos crónicos, con usuarios/as que disponen de una extensa trayectoria terapéutica, en las que manejan y combinan diferentes saberes y, por consiguiente, se vuelven expertos en sus propias biografías. En estos relatos, las apreciaciones reposan más en el individuo y sus cualidades que en las lógicas institucionales.

Para ilustrar esta categoría de narrativa recurrimos nuevamente al relato de Daia. Durante la entrevista, cuenta una experiencia que remite al tiempo en el que complementaba tratamiento psiquiátrico con terapia psicológica. Descubre, avanzada la terapia que, contrario a lo acordado, la psiquiatra y la psicóloga no intercambiaban sobre su situación. Por tanto, no es solamente que ninguno de los dos espacios le daba resultado, sino que la confianza con las especialistas es cuestionada al sentir que no cumplían lo pactado. En otra parte, remarca un cambio de concepción a partir de las experiencias con profesionales del ámbito de la salud mental:

“Yo creo que no sería la misma persona [...] Me abrió mucho la cabeza en relación a esto, a la cuestión profesional. A no entregarse así por completo a alguien que tiene un título de médico, como que es la gran cosa. Como todos tenemos idealizada la ciencia occidental. De también, haber intercambiado con gente. Eso también me sirvió, y me di cuenta de que no era la única que había tenido malas experiencias con medicamentos y con profesionales. La cuestión de la discreción y el secreto profesional, como que muchos también pasaron por experiencias que no daban. Entonces, a mí me sirvió un poco para abrir los ojos, respecto a ciertas cuestiones. Y a veces está bueno ser más desconfiada. Y bueno, también investigar y no quedarse solo con lo que te dicen”. (Daia)

En el fragmento, Daia extrae aprendizajes de sus “experiencias malas” con profesionales. Estos cambios consisten en una disminución de la autoridad profesional —por asignarles la posesión de cierto saber científico— y una mayor desconfianza debido a la falta de “confidencialidad” y “discreción”. El punto de vista de la narradora se refuerza a partir de compartir sus vivencias y encontrar otras personas que atraviesan problemas similares. Sus experiencias la conducen a pasar de confiar de forma aporosa en los saberes expertos a una relativización de estos sistemas de saber, de las personas que detentan *el conocimiento* y, en paralelo, a la asunción de una mayor iniciativa de búsqueda personal.

De manera similar a Daia, Paulina —una joven que actualmente realiza tratamiento farmacológico y se encuentra, según sus palabras, en un momento de “estabilización”—, cuenta los cambios en su orientación con tratamientos con

especialistas de la psiquiatría:

“Para mí el ser un psiquiatra era ser un médico que estudió. Que trataba con cosas más concretas. Y eso era la verdad, eso era ciencia. Era la palabra de la verdad. En ese momento yo era muy tajante con el positivismo científico. Entonces yo respetaba muchísimo todo eso. Ahora, el psiquiatra es un médico, es una persona. Hay unos boludos y hay gente muy inteligente que se actualiza [...] Que no siempre van a tener la verdad o la respuesta para todo. Bajarlos de un pedestal hizo que yo me haga un poco cargo de todo esto. Y no dejarle la solución a la pastilla mágica”. (Paulina)

El relato de Paulina expresa el cambio de concepción respecto de la psiquiatría. Antes, en los inicios de su itinerario terapéutico en el ámbito de la salud mental, concebía a los psiquiatras como médicos que conocen la verdad basada en la ciencia. El respeto se diluye al identificar que existen diversas personas que ejercen ese rol y que hay cuestiones sobre las que no tienen respuestas. Pero el cambio central consiste en el pasaje de delegar la responsabilidad de su recuperación a hacerse cargo de ella. En otros términos, deja de orientarse a través de obedecer prescripciones médicas y comienza a asumirse como la principal responsable de su salud.

Los relatos acerca de los itinerarios por espacios terapéuticos consisten, en múltiples ocasiones, en un tránsito desde la confianza a un distanciamiento en quienes aplican los saberes expertos del campo *psi* y, en paralelo, una mayor atribución de responsabilidad individual en el proceso de enfermedad, salud y atención. En definitiva, la autoridad de los terapeutas y la capacidad de aportar en la resolución de problemas son atenuadas o desaparecen.

Denuncias de asimetría vincular

Las narrativas que presentamos a continuación aluden a un cuestionamiento a la asimetría relacional o al poder que terapeutas ejercen en las personas usuarias de sus servicios. Por tanto, estos relatos denuncian la jerarquía en el tipo de trato que establecen los especialistas. De acuerdo a los testimonios, tratan a quienes asisten como “enfermos”, “un objeto de estudio”, alguien que en su discurso expresa una patología. Esta categoría está presente principalmente —aunque no exclusivamente— en relatos de experiencias con psiquiatras. Lo que plantea Becker (2016: 85) es ilustrativo de esta asimetría vincular: “Si usted, el médico, sabe por qué yo, el paciente, estoy enfermo y yo no lo sé; si usted sabe qué hacer para que yo mejore y yo no lo sé tampoco, entonces usted lleva las de ganar, el poder, en nuestra relación”.

En la relación médico-paciente del modelo paternalista tradicional (Petracci, Sánchez Antelo, Schwarz y Mendes Diz, 2017), el saber de la enfermedad lo dispone el profesional y este, basado en su autoridad, establece un curso de acción para que sigan sus consultantes. En este tipo de vínculo, las personas usuarias de los servicios de salud aparecen como receptoras pasivas de las prescripciones médicas. En algunas oportunidades, esta desigualdad vincular conduce a cuestionar la voz de sus pacientes desde el marco conceptual del profesional, al considerar que en sus discursos se manifiesta la enfermedad. Octavio —un joven universitario que cuestiona fundamentalmente la psiquiatría— describe un episodio en el cual la psiquiatra interrumpe su relato:

“He visto varios psiquiatras. Me acuerdo de ir a ver a otra mujer, que supuestamente era muy profesional y todo eso [...] Ese día iba confiado en que iba a ver una persona bastante profesional. Y me acuerdo de llegar a su oficina, empezar a contarles mis sensaciones. Y me acuerdo de cuando me cortó la palabra. Cuando le dije que por primera vez había creído en Dios, que eso era empezando el proceso. Ella me cortó diciéndome: «no, no, no. Esa sensación es de la enfermedad que tenés». Y de ahí empecé a sospechar. Porque yo sabía lo que estaba viviendo, porque yo sabía lo que había sentido [...] Pero decidí tomar otro camino. No podía más soportar eso, de que me trataran como un enfermo y no como una persona que había sentido cosas, que había vivido realmente una historia”. (Octavio)

En su relato, Octavio describe que las expectativas depositadas en la psiquiatra son rápidamente defraudadas al negar su experiencia e imponerle otro marco para reconfigurar su biografía. Esta desacreditación de la perspectiva del narrador por parte de la especialista opera en la entrevista como un ejemplo de sus reiterados fracasos en estos espacios terapéuticos. Desde la perspectiva del entrevistado, la especialista niega la historia que relata y lo trata como enfermo. El discurso se torna síntoma del signo de enfermedad (Martínez Hernández, 2014) que detecta la psiquiatra. Esta percepción de violencia epistémica luego conduce a Octavio a rechazar la medicación psiquiátrica propuesta.

Por otra parte, en el relato que presentamos a continuación otra vez aparece la tensión entre el saber de la experiencia y el saber teórico de formación profesional. Aquí el poder de las palabras médicas produce efectos en las creencias de lo que somos o tenemos. Al respecto, Larisa cuenta:

“Viste que los médicos tienen como un poder sobre vos. Vos le decís: no, pero me duele acá. «No, sí, pero ¡vos sos hipocondríaca!». «Sí, ok, soy hipocondríaca,

pero me duele acá. Sí, tenés toda la razón, sos un médico y me encanta tu título en la pared, pero a mí me está doliendo acá». «No, pero eso es tu cabeza». ¡Sea lo que sea! Yo creo que todo empeoró porque me convencieron de que soy hipocondríaca [...] Y yo después me quedé pensando. Creo que si no hubiese existido todo eso, las cosas que yo hubiese inventado hubiesen sido geniales. Cosas lindas, divertidas. Pero la onda era convencerme de que yo era hipocondríaca». (Larisa)

En el testimonio de Larisa, los médicos invalidan sus padecimientos porque desde sus perspectivas son creaciones de “su cabeza”, ella es “hipocondríaca” y, por tanto, su dolor no es auténtico. Pero no es solo un conflicto de interpretaciones, sino que los profesionales la convencen de que es así. En el relato subjuntivo que realiza, sostiene que, si no la hubiesen persuadido de ese atributo identitario, habría imaginado otros universos de sentidos más agradables. El poder del médico, con su capacidad de producir etiquetas diagnósticas con consecuencias identitarias (Scheff, 1999), convierte a sus dolores en inventos de la cabeza y a ella en hipocondríaca. Por su parte, el relato de Cecilia —una señora de extenso recorrido terapéutico en el campo *psi*— guarda puntos en común con el anterior, puesto que manifiesta que las palabras de los profesionales tienen implicancias en las subjetividades:

“Uno de ellos [los psiquiatras] me enmarcó dentro de la depresión [...] Eso es lo que yo sí sentí. Yo nací en el campo y a las vacas, para cargarlas a los camiones, las ponían en bretes. Se llaman bretes. Del corral pasan al brete, pasan la puerita del camión. Claro, no tienen salidas. El brete es un brete. Entonces después las cargan a un lugar adonde las quieren llevar. Esa es la imagen que yo tengo de determinados profesionales. No de los que estoy ahora haciendo terapia. Pero de determinados profesionales que enmarcan y embretan. No sé si estigmatizan, pero a mí me parece que sos objeto de estudio. En un momento llegué a pensar que eso era lo mío. Que ese era mi diagnóstico, esa era mi forma de vida, eso era lo que yo soy. Y en un momento llegué a creer eso. Y es fuerte porque fue mucho tiempo de mi vida”. (Cecilia)

El psiquiatra que *enmarca* y *embreta* hace considerar a la persona que ella es su diagnóstico. La etiqueta del psiquiatra la convence de lo que “tiene” y “es”. Al asumir esta creencia de sí misma, esta regula sus destinos individuales, puesto que genera una identidad sustancial, inmutable a las transformaciones históricas. Como sostiene Becker (2009) en su teoría del etiquetamiento, las denominaciones de otros, entre ellas las del personal médico, producen impactos en las identidades. Otra vez, la crítica en el poder del vínculo se basa en la capacidad de diagnosticar, de aplicar rótulos que repercuten en la proyección biográfica de la persona. Además, en el fragmento esa relación de poder consiste en ser considerada un objeto de estudio de

la mirada especializada.

En estas narrativas presentamos diversos modos de trato a las personas usuarias de servicios de salud mental por parte de los profesionales. Estas perspectivas críticas suelen centrarse en la capacidad del saber médico para producir etiquetas con consecuencias identitarias perjudiciales, las objetivaciones del sufrimiento psíquico como cosa y la violencia epistémica ejercida en la interpretación del relato en clave de enfermedad o trastorno.

La asimetría vincular, presente en las narrativas de este apartado, se asienta en un modelo tradicional de relación paternalista entre médico y paciente (Pettracci *et al.*, 2017). Así, esta jerarquía epistémica del especialista por formación respecto de los saberes que manejan quienes padecen también implica una relación de obediencia en base a las normas de salud. A diferencia de modelos terapéuticos basados en un trabajo de co-construcción del conocimiento (Gergen, 1996) y de la horizontalidad relacional que resaltan algunas terapias holísticas (Freidin, 2014), las perspectivas críticas suelen centrarse en la práctica de la psiquiatría. A veces se enfocan en los principios rectores de las terapias *psi* y en otras ocasiones los juicios de valor negativo remiten a las personas que ejecutan el rol.

Los psicofármacos como ilusión de recuperación

Los relatos que presentamos en este apartado sostienen que el tratamiento psiquiátrico genera una falsa ilusión de recuperación, debido a que las causas que provocan y las condiciones que perpetúan el malestar continúan vigentes. Estas narrativas denuncian una apariencia de mejoría o falsa estabilidad que, en cierta medida, disfraza la identidad personal. En las entrevistas expresan una confusión entre la identidad y la explicación de la acción, entre las respuestas del fármaco y las que son auténticas de la persona que los consume (Karp, 2006). También genera un aquietamiento del sujeto que soporta las violencias e injusticias sociales (Oliveira, 2015).

En esta categoría presentamos una de las críticas más persistentes sobre la medicación psiquiátrica que realizan las personas entrevistadas. Por tanto, esta noción, a diferencia de las anteriores, se focaliza en el tratamiento farmacológico. Estos cuestionamientos basados en las experiencias personales consisten en destacar que los fármacos producen una regulación artificial del yo puesto que suprimen las manifestaciones del malestar psíquico. Los psicofármacos son concebidos como

“parche”, “muleta”, “bastón”, “combustible barato”, etc. Estas metáforas sirven para indicar que las personas pueden seguir reproduciendo sus roles sin atender a las razones que originan el malestar ni generar cambios en sus estilos de vida. Los siguientes fragmentos ilustran este estilo de críticas:

“No hice lugar a ningún tipo de proceso, con las pastillas simplemente lo que estaba haciendo era que la conexión se trabe, se disuelva o no sé qué cosas internas, para que parezca que está todo bien”. (Mariano)

“Fue un tratamiento solo a través de psicofármacos. Era un parche al verdadero problema, a los multiproblemas que hay de fondo, no resuelve el problema. El problema sigue y no me daba cuenta porque estaba redrogada”. (Beatriz)

“Lo que pasa que lo que yo decía, la pastilla me puede levantar y después qué. Me levanta y voy a seguir con lo que ya venía en mí. De no saber qué es lo que quiero. Entonces, yo quería una solución profunda. No quería ese combustible barato por un ratito”. (Julián)

“Pasa que la depresión real para mí, no solamente una tristeza, te lleva al planteo de toda la existencia. Te empezás a replantear todo. Entonces por ahí yo siento que los psiquiatras están sobrepasados en ese aspecto. Te dan una medicación para que vos te puedas sentir mejor. Voy a ser medio agresivo con lo que voy a decir, pero te dan una pastilla para que vos te recompongas neurofisiológicamente y puedas seguir produciendo [...] No digo que no haya una respuesta en lo neuronal o en lo fisiológico. Pero el planteo es un planteo fundamental, no el planteo de una pastilla. Es un bastón, la pastilla”. (Ernesto)

De diversas maneras, los testimonios expresan esta crítica dirigida al uso de medicamentos psiquiátricos de generar una falsa percepción de *estar bien*. Así, el tratamiento farmacológico tergiversa las emociones y hace creer que está “todo bien” (Mariano). También enmascara el problema, “no te das cuenta” (Beatriz) que sigue. El medicamento tiene la fuerza de levantarte, pero no te permite encontrar un para qué que justifique la existencia, puesto que únicamente opera como un “combustible barato” (Julián) que da energía. La depresión como problema existencial es abordada mediante una reactivación energética, la pastilla hace que te “recompongas neurofisiológicamente” y ayuda a continuar el trabajo productivo sin atender al “planteo fundamental” (Ernesto).

Como evidencia la próxima cita, la regulación emocional que provocan los psicofármacos se suele percibir al dejar de consumirlos. Mariano, un joven terapeuta que modificó su estilo de vida luego de una depresión profunda, cuenta:

“Notaba que realmente funcionaban. Que estaba súper regulado, que me sentía ahí. Pero si me hacía el loco y no hacía la toma como la tenía que hacer, un par

de días después ya me agarraba algo. Entonces me daba cuenta de que eso preexistía y que me estaba generando un conflicto interno. Que era lo que yo ya sabía, de que no podía ser así. Pero también lo estaba necesitando, porque era la herramienta, la única que conocía en ese momento [...] Eso te regula, nada más. Te mantiene ahí para que vos puedas seguir tu vida de alguna manera". (Mariano)

Muchas de las personas entrevistadas cuentan sobre recaídas al intentar abandonar la medicación psiquiátrica. En el relato de Mariano las pastillas contribuyen a que esté "súper regulado". Su funcionamiento lo percibe cuando no las consume del modo indicado. Por tanto, sabe que esa estabilidad es artificial y le genera un "conflicto interno" al reconocer que el malestar "preexistía" de forma latente. En su crítica la pastilla es una respuesta cultural que brindamos a los malestares subjetivos, borramos la señal que indica que algo va mal. El sufrimiento individual expresa la necesidad de cambio personal, pero los fármacos aplacan su intensidad y garantizan que pueda reproducir su vida cotidiana de la manera que lo hace. El cuestionamiento que describimos reposa, más que en su eficacia, en su lógica, que no altera y enmascara las causas y las condiciones sociales en las que el malestar psíquico se perpetúa.

En estas narrativas no importa el alejamiento respecto del rol esperado, si el psiquiatra emplea la medicación adecuada o los estudios que corresponden, sino que cuando el fármaco funciona correctamente constituye un mecanismo de adaptación artificial al mundo (Martínez Hernández, 2006). La crítica reside, por tanto, en la lógica misma del tratamiento farmacológico.

Conclusiones

Las investigaciones locales sobre las lógicas con las que operan los dispositivos *psi* no suelen relevar las perspectivas críticas de las personas usuarias. A su vez, salvo excepciones, los estudios que abordan críticamente el *campo psi* establecen generalizaciones en las que no tienden a considerar a las voces de quienes participan. En este artículo, a partir del análisis de entrevistas biográficas, recuperamos los saberes críticos por experiencias sobre las terapias *psi* de personas involucradas en diferentes procesos psicoterapéuticos. Las narrativas críticas halladas que cuestionan a las terapias *psi* y a quienes las ejercen son sintetizadas en la siguiente tabla.

Tabla 1: Tipos de críticas a las psicoterapias y terapeutas

Tipo de narrativas	Núcleo figurativo
Falta de empatía	Critican la falta de escucha, compromiso, acompañamiento, comunicación y entendimiento de lo que les sucede a las personas con quienes los terapeutas interactúan. Estas experiencias críticas se centran principalmente en psicólogos y psicoanalistas.
Falta de herramientas	Presentan críticas a las psicoterapias al señalar que no les aportan recursos para entender su situación ni cambiar comportamientos. Destacan la ausencia de provisión de insumos o técnicas para afrontar sus problemas de salud. Estas críticas describen principalmente experiencias con psicoterapeutas.
Falta de credibilidad	Aluden a la pérdida de confianza y credibilidad en terapeutas y en sus prácticas. Los profesionales no cumplen con la confidencialidad, el secreto profesional, con lo convenido previamente o se erosiona la representación de una persona que dispone un saber legítimo relativamente incuestionable. Esta categoría no adquiere una mayor presencia en alguna de estas terapias <i>psi</i> .
Denuncias de asimetría vincular	Denuncian la jerarquía relacional que establecen los terapeutas. Tratan a quienes consultan como un enfermo, como un objeto de estudio o alguien en cuyo discurso se expresa la enfermedad. Esta categoría sirve para describir principalmente las experiencias con psiquiatras.
Ilusión de recuperación	Destacan que los psicofármacos producen una regulación artificial del yo. El tratamiento farmacológico es concebido como falsa readaptación al mundo. Las personas reestablecen artificialmente la normalidad perdida y pueden seguir funcionando sin atender a las razones que originan el malestar ni generar cambios en sus estilos de vida. Esta crítica se focaliza en la psiquiatría.

Fuente: elaboración propia

En síntesis, localizamos un conjunto de relatos que se manifiestan críticos de las terapias y terapeutas *psi* al señalar la falta de empatía, de provisión de herramientas, de profesionalidad, credibilidad y autoridad, la jerarquía en la relación y, finalmente, los

psicofármacos como generadores de una ilusión de recuperación.

Además de estos tipos de críticas, distinguimos en modos de objeciones más singularizadas y más generalizadas. Las primeras se centran en relatos de experiencias específicas, que evidencian desajustes entre las acciones y las expectativas de rol de profesionales concretos. Por el contrario, las generalizadas constituyen relatos de mayor grado de abstracción que cuestionan los principios generales que gobiernan las prácticas y son independientes de quienes ejercen el papel de terapeutas. Mientras que estas últimas constituyen relatos más radicales — puesto que se dirigen a la lógica terapéutica y prescinden de los actores que llevan a cabo el ejercicio de la profesión—, las primeras tienden a reducirse a las personas concretas que encarnan la función de terapeutas.

El predominio de las críticas singularizadas puede comprenderse en el marco de un declive de las instituciones tradicionales de la modernidad (Dubet, 2007), en la cual los marcos interpretativos de los actores se centran en quienes asumen el rol y no en las lógicas de las prácticas que operan de trasfondo.

Las críticas que describimos son, a menudo, transversales a las diferentes terapias *psi*. No obstante, como resaltamos, suelen adquirir protagonismo en alguna práctica terapéutica específica. Por tanto, trazamos algunas afinidades localizadas entre el tipo de crítica y los estilos terapéuticos cuestionados. La modalidad de atención que más críticas recibe es la psiquiatría. En contraposición, la que menores cuestionamientos relevamos son las holísticas. Sin embargo, es conveniente relativizar esta observación puesto que a estas últimas han asistido un número reducido de personas entrevistadas mientras que, por el contrario, todas participaron en espacios basados en prácticas psiquiátricas.

Establecer vínculos entre los tipos de críticas y los estilos de prácticas terapéuticas contribuye a permanecer sensibles a la complejidad del campo *psi* y evitar lecturas que otorgan funciones idénticas a terapéuticas *psi* asentadas en premisas, configuraciones históricas y modos de intervenir diferentes. Además, las críticas sociológicas de amplio alcance —que denuncian, entre otras cuestiones, que las terapias *psi* agudizan la individualización o tienden a la privatización del sufrimiento— suelen diferir con las críticas de las personas involucradas en procesos terapéuticos. Estas disonancias son comprensibles, por una parte, porque las primeras tienden a indagar en procesos globales mientras que las otras se concentran en sus experiencias personales; y por otra parte, esta discrepancia puede interpretarse a la

luz de cuestionamientos que no suelen otorgar relevancia a las voces de las personas que concurren a espacios terapéuticos. Este artículo, en consonancia con las renovadas críticas en el campo de la salud mental llevada a cabo por los *Mad Studies*, a partir de los saberes de *expertos por experiencias*, contribuye a describir un conjunto de deficiencias, humillaciones y violencias simbólicas que ejercen las terapéuticas psi.

Referencias bibliográficas

- BECKER, Howard. (2009). *Outsider: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- BECKER, Howard. (2016). *Mozart, el asesinato y los límites del sentido común. Cómo construir teoría a partir de casos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- BERESFORD, Peter. (2022). Introduction. En Peter Beresford y Jasna Russo (eds.), *The Routledge International Handbook of Mad Studies*, pp.1-16. London: Routledge.
- BIANCHI, Eugenia. (2018). "Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad". *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8-2, 214-257.
- BIANCHI, Eugenia; FARAONE, Silvia; y TORRICELLI, Flavia. (2021). "Medicalización del TDAH en Argentina. Reflexiones sobre tendencias globales y especificidades locales a través del estudio del metilfenidato y la atomoxetina". *Política & Sociedade*, 19, 269-298.
- CAMAROTTI, Ana; JONES, Daniel; y DI LEO, Pablo (comps.). (2017). *Entre dos mundos: abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas*. Buenos Aires: Teseo.
- CAPONI, Sandra. (2015). *Locos y degenerados. Una genealogía de la psiquiatría ampliada*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- CEA-MADRID, Juan Carlos y CASTILLO-PARADA, Tatiana. (2016). "Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas". *Teoría y Crítica de la Psicología*, 3, 169-192.
- CONRAD, Peter. (2007). *The Medicalization of Society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- DEL MONACO, Romina. (2020). *Empresarios de sí mismos: subjetividades en las*

terapias cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina. María Epele (comp.), *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento*, pp. 175-196. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.

DEL MONACO, Romina y EPELE, María. (2020). Introducción. En Romina del Monaco y María Epele (comps.), *Tecnologías y técnicas en investigaciones socioantropológicas de la salud*, pp. 9-22. Buenos Aires: Estudios Sociológicos.

D'HERS, Victoria. (2018). "¿Intersticio o reproducción? Reflexiones en torno al yoga, el disfrute y la reciprocidad". *Boletín Onteaiken*, 25, 25-36.

DUBET, François. (2007). "El declive y las mutaciones de la institución". *Revista de Antropología Social*, 16, 39-66.

EPELE, María. (2015). "Entre la escucha y el escuchar: psicoanálisis, psicoterapia y pobreza urbana en Buenos Aires". *Physis*, 25-3, 797-818.

FEE, Dwight. (2000). The Project of Pathology: Reflexivity and Depression in Elizabeth Wurtzel's Prozac Nation. En Dwight Fee (ed.), *Pathology and the Postmodern*, pp. 74-99. London: Sage.

FISHER, Mark. (2018). *Los fantasmas de mi vida*. Buenos Aires: Caja Negra.

FLICK, Sabine. (2016). "Treating social suffering? Work-related suffering and its psychotherapeutic re/interpretation". *Distinktion*, 17-2, 149-173.

FLICK, Uwe. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

FOUCAULT, Michel. (2015). *Historia de la locura en la época clásica* (edición en dos tomos). México: Fondo de Cultura Económica. (Edición original, 1961.)

FREIDIN, Betina. (2014). *Proyectos profesionales alternativos*. Buenos Aires: Imago Mundi.

FREIDIN, Betina y ABRUTZKY, Rosana. (2010). *Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.

FREIDIN, Betina y BORDA, Pablo. (2015). "Identidades profesionales heterodoxas: el caso de médicas, médicos y psicólogas que integran medicinas y terapias alternativas en Argentina". *Trabajo y Sociedad*, 25, 75-98.

GERGEN, Kenneth. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.

GOFFMAN, Erving. (2009). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu. (Edición original, 1961.)

GRIPPALDI, Esteban. (2020). *La fatiga y los intentos: un estudio socio-narrativo de*

personas en tratamiento por depresión en la ciudad de Santa Fe. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

ILLOUZ, Eva. (2010). *La salvación del alma moderna*. Buenos Aires: Katz.

KARP, David. (2006). *Is it me or my meds? Living with Antidepressants*. London: Harvard University Press.

KORMAN, Guido e IDOYAGA MOLINA, Anátide. (2010). *Cultura y depresión. Aportes antropológicos para la conceptualización de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Akadia.

LASCH, C. (1999). *La cultura del narcisismo*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.

MANTILLA, M. (2015). "Narrativas terapéuticas: una mirada hacia las intervenciones psicoanalíticas desde una perspectiva socio-antropológica". *Cuadernos de Antropología Social*, 41, 93-108.

MANTILLA, María y ALONSO, Juan. (2015). "Transmisión del diagnóstico en psiquiatría y adscripción de identidades: perspectivas de los profesionales". *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 19-52, 21-32.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel. (2006). "La mercantilización de los estados de ánimo: el consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones". *Política y Sociedad*, 43-3, 43-56.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel. (2014). "El signo de los cinco. Las semióticas del síntoma y sus olvidos". *Intersecciones en Antropología*, XV-2, 353-362.

MECCIA, Ernesto. (2017). *El tiempo no para. Los últimos homosexuales cuentan la historia*. Buenos Aires: Eudeba y Ediciones UNL.

MECCIA, Ernesto. (2019). Una ventana al mundo. Investigar biografías y sociedad. En Ernesto Meccia (ed.), *Biografías y sociedad*, pp. 25-62. Santa Fe: Ediciones UNL y Eudeba.

MUÑIZ TERRA, Leticia; FRASSA, Juliana; y BIDAURI, María de la Paz. (2018). Hacia un encuentro de reflexividades: la entrevista biográfica como interludio del proceso de investigación social. En Juan Ignacio Piovani y Leticia Muñiz Terra (eds.), *¿Condenados a la reflexividad?*, pp. 120-146. Buenos Aires: CLACSO.

OLIVEIRA, Vanilda. (2015). *Curar a própria história. Uma análise sociológica da terapêutica da depressão*. Tesis de Doctorado en Sociología, Universidade de Brasília.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2021). *Depresión*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> [consulta: 8 de abril de 2022].

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006> [consulta: 8 de abril de 2022].

PARRA-GIRALDO, Mateo y ASTAÍZA-MARTÍNEZ, Andrés. (2021). "Revisión crítica de las perspectivas sociológicas sobre las psicoterapias: aportes para comprender una de las prácticas más influyentes en los modelos del yo contemporáneos". *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12-2, 870-897.

PETRACCI, Mónica; SÁNCHEZ ANTELO, Victoria; SCHWARZ, Patricia; y MENDES DIZ, Ana (2017). La relación médico-paciente en la indagación académica contemporánea. En M. Petracci, P. Schwarz y P. Rodríguez Zoya (eds.), *Comunicación y salud: las relaciones entre médicos y pacientes en la modernidad tardía*, pp.105-182. Buenos Aires: Teseo.

PLOTKIN, Mariano. (2017). "El psicoanálisis como sistema de creencias". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 24, 1-16.

ROSE, Nikolas. (2012). *Políticas de la vida*. La Plata: Editorial Unipe.

SAIZAR, Mercedes. (2015). "Motivos de encuentro y desencuentro en la relación entre profesionales y usuarios del sistema de salud público de Argentina". *Trabajo Social*, 17, 95-112.

SCHEFF, Thomas. (1999). *Being mentally ill*. New York: Aldine Press. (Edición original, 1966.)

SCHÜTZE, Fritz. (2010). Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. En Wivian Weller y Nicolle Pfaff (orgs.), *Metodología da pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Editora Voses.

WILKINSON, Ian y KLEINMAN, Arthur. (2016). *A Passion for Society*. Berkeley, California: University of California Press.

Notas

¹ La investigación fue financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Agradezco a CONICET y, muy especialmente, a las personas entrevistadas.

² Iniciamos el trabajo de campo con la intención de entrevistar a quienes tenían un diagnóstico de depresión. Las primeras entrevistas siguieron este criterio. Luego, producto de lo que decían los profesionales entrevistados, comprendimos que, como criterio de inclusión/exclusión, imposibilitaba conocer las experiencias de muchas personas que reconocían sufrir depresión y

los profesionales consideraban que estaban depresivo/as pero que carecían de un diagnóstico. En efecto, varios terapeutas *psi* no lo utilizan y otros solo lo hacen ante determinadas circunstancias o pacientes.

³ En algunas ocasiones complementan las terapias con tratamiento farmacológico. No obstante, las personas agrupadas aquí realizan exclusivamente tratamiento psiquiátrico mediante el uso de psicofármacos.

⁴ En la institución realizan actividades para colaborar con otras entidades o grupos en contextos de vulnerabilidad y promueven la integración social a través de prácticas artísticas. Además, para lograr los fines institucionales realizan diversos talleres, a saber: arte (pintura y dibujo), computación, inglés, fotografía y radio.

⁵ En este artículo dejamos de lado un conjunto de cuestiones relativas a lo económico, problemas con las obras sociales, efectos secundarios de los psicofármacos y críticas a la internación.

⁶ Al delimitar el análisis a las perspectivas críticas, somos conscientes de que dejamos de lado los aportes o beneficios que comportan las terapias *psi* para sus usuarios/as. Durante el trabajo de investigación, también relevamos las mentadas virtudes de las terapias y terapeutas *psi* (Grippaldi, 2020), pero por razones de delimitación conceptual en este artículo no las abordamos.