

**DOCUMENTO PARA DISCUSION EN EL MARCO DEL SEMINARIO
ORGANIZADO POR EL PROGRAMA SOBRE HISTORIA DE LOS SABERES PSI DEL IDES.
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Proyecto La subjetividad en crisis: culturas terapéuticas, autoayuda y estrategias de resguardo en Córdoba (versión preliminar)

Objetivo general y marco de referencia

El objetivo general es analizar las situaciones de crisis subjetiva y describir el repertorio de técnicas y recursos autogestionados que los sujetos implementan para mitigar su sufrimiento, en el marco de los procesos socioculturales, vinculares y laborales que acontecen en la ciudad de Córdoba. Este proyecto reconoce la generalización del uso de terapias diversas, en competencia y complementariedad con los dispositivos de la bio-psico-medicina, cuya gravitación específica difiere según los tipos y grados de padecimientos. *Apunta a una lectura amplia e integrada de los procesos de malestar y crisis subjetivos experimentados y a la sistematización de la información dispersa existente.* Partimos del supuesto de unicidad de las esferas vitales, esto es: la inextricable vinculación entre la subjetividad y las condiciones objetivas, las exigencias externas, las relaciones afectivas y las tramas de sociabilidad. Estas dimensiones constituyen la subjetividad; hacen a sus sufrimientos y a su capacidad de afrontamiento. De esta investigación surgirán tanto una comprensión amplia del universo de las llamadas “terapias alternativas”, su complementariedad o antagonismo con los dispositivos biomédicos y la valoración de su eficacia según la perspectiva de los usuarios, como un conjunto de elementos de análisis que permitan investigaciones aplicadas a grupos vulnerables específicos.

Los objetivos abarcan tres fases del problema en estudio, definidas siguiendo premisas heurísticas (hipótesis de trabajo)

- Emergencia del malestar subjetivo o “problema”. Hipótesis: uso de estrategias de afrontamiento socialmente accesibles (libros de autoayuda, terapias alternativas “suaves” o inespecíficas, demanda de apoyo o consulta a redes de relaciones, asesor o consejero religioso)

Autora: Vanina Papalini (versión preliminar)

**DOCUMENTO PARA DISCUSION EN EL MARCO DEL SEMINARIO
ORGANIZADO POR EL PROGRAMA SOBRE HISTORIA DE LOS SABERES PSI DEL IDES.
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

- Instalación y consolidación del malestar. Hipótesis: recurso a tratamientos con intervención experta (psicólogos, grupos terapéuticos de autoayuda, terapias alternativas específicas – homeopatía, acupuntura, fitoterapia-, médicos generalistas en APS)
- Crisis, discontinuidad de algunas responsabilidades habituales, afectación de la rutina. Hipótesis: intervención de un dispositivo experto que puede prescribir medicación, internación o licencias (psiquiatra, neurólogo), terapias alternativas restringidas a usuarios “admitidos”, grupos de ayuda mutua con regímenes estrictos, aislamiento o separación de las rutinas habituales

Objetivos específicos

1. Describir, desde la perspectiva de los actores, los factores principales que ocasionan malestar subjetivo, sus síntomas y lo que los sujetos identifican como su “causa”. (*Malestares*)
2. Identificar los puntos de inflexión en el uso de prácticas y productos terapéuticos (intervención de un profesional, uso de licencias, medicación, etc.) y establecer las diferentes etapas en la dinámica de los procesos. (*Padecimientos subjetivos: etapas y grados*)
3. Registrar y sistematizar los recursos, técnicas y sustancias que utilizan para paliar dicho sufrimiento, las estrategias a las que recurren y los dispositivos de salud que les resultan accesibles (*Terapias: inventario*)
4. Trazar repertorios de recursos terapéuticos asociados –incluyendo tanto las terapias alternativas, las medicinas tradicionales, la bio-psico-medicina- y sus complementariedades o divergencias entre sí (*Terapias asociadas: repertorios*)
5. Reconocer las tramas sociales y afectivas que interactúan con los procesos de malestar subjetivo y ponderar su papel en la intensificación o morigeración de las crisis. (*Tramas de apoyo*)
6. Conocer, describiendo los contextos relacionales y laborales, la situación de emergencia de las crisis, su evolución en relación con las trayectorias biográficas y la manifestación de sus consecuencias en las diferentes esferas vitales (*Emergencia de la crisis: articulación de factores*)

Autora: Vanina Papalini (versión preliminar)

**DOCUMENTO PARA DISCUSION EN EL MARCO DEL SEMINARIO
ORGANIZADO POR EL PROGRAMA SOBRE HISTORIA DE LOS SABERES PSI DEL IDES.
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

7. Examinar cómo es percibida la eficacia de los recursos, técnicas y dispositivos terapéuticos de autoaplicación utilizados y los efectos de estos tratamientos en el plano subjetivo. (*Eficacia de las terapias*)
8. Desde la perspectiva de la unicidad de la esfera vital, explorar las consecuencias de la crisis en la vida de los sujetos (*Consecuencias de las crisis*)
9. Describir las condiciones objetivas específicas, laborales, sociales y de género, que puedan ser asociadas a los padecimientos subjetivos, a partir de la información brindada por informantes clave expertos en salud y salud mental. (*Correlaciones entre condiciones objetivas y padecimientos*). Identificar grupos vulnerables.
10. Sistematizar la información existente en la provincia sobre enfermedades y trastornos subjetivos, registrada en los últimos 10 años. (*Documentación y estadísticas de salud*)

Introducción general al tema

"Culturas terapéuticas", "cultura psy", "estilos terapéuticos", son denominaciones que registran una transformación epocal ligada a una preocupación creciente sobre el logro del bienestar, una concepción socio-psico-somática del sujeto y una voluntad de intervención sobre el sí mismo que presupone su incompletitud y su maleabilidad. Los discursos terapéuticos, centrados en el sujeto, actualizan, motivan y reorientan prácticas para enfrentar la vida cotidiana, proponen metas a alcanzar que conforman nuevos horizontes de sentido, sugieren una revisión sistemática de aspectos significativos de la biografía y reconstruyen narrativamente la identidad personal en términos individuales. A pesar del enfoque generalmente individualista que profesan las culturas terapéuticas contemporáneas, no se trata de un conjunto de prácticas diversas y singulares sino de constelaciones culturales que incluyen modelos normativos de sociedad y política, cosmovisiones seculares o trascendentes y nociones de cuidado de sí que involucran creencias y legitimidades apartadas del discurso científico. Las prácticas terapéuticas se multiplican, interpelando el modelo de la biomedicina y pugnando por modalidades de integración que reconfiguran las concepciones de persona y salud hegemónicas.

Si bien el tema exhibe alguna trayectoria en países de primer mundo, está eminentemente ligado a teorías de la individualización y la secularización que poco tienen que ver con la situación latinoamericana. Familias extensas, amplias y diversas redes de sociabilidad cooperativa,

Autora: Vanina Papalini (versión preliminar)

**DOCUMENTO PARA DISCUSION EN EL MARCO DEL SEMINARIO
ORGANIZADO POR EL PROGRAMA SOBRE HISTORIA DE LOS SABERES PSI DEL IDES.
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

religiones y credos ancestrales y nuevas religiones, prácticas de salud tradicionales y alternativas en concurrencia con la medicina alopática, informalismo laboral y recursos no normados para cubrir las contingencias de las crisis permanentes y el estado de precariedad continuo que se presenta como condición de existencia, las estrategias de los actores para “curarse” (física y psíquicamente), para enfrentar los problemas, para “defenderse” de crisis y conflictos que los aquejan y para “sentirse bien” frente a condiciones de vida adversas, forman parte de este contexto particular que nos interesa abordar. La cultura terapéutica (Illouz, 2010) o “psy” (Rose, 1999), que incluye como caso paradigmático las diversas formas de la autoayuda, ha sido señalada como uno de los emergentes de las transformaciones culturales contemporáneas cuya finalidad es proveer apoyo frente a las exigencias de los ámbitos de trabajo, de las relaciones familiares, de pareja. Cumple funciones diversas tendientes a lograr una mayor “adaptabilidad” (Papalini, 2006): se plantea como un sistema informal para la adquisición de las nuevas competencias y aptitudes laborales no provistas por instancias de capacitación formales, como aquellas basadas en la “personalidad”; orienta las relaciones interpersonales hacia estilos emocionales y modelos de interacción adecuados a estas condiciones; ofrece estrategias de afrontamiento de los problemas sociales y personales; funciona como apoyo proponiendo salidas a las crisis subjetivas y aumenta los niveles de tolerancia a la fatiga y el *stress*.

Las estrategias de los usuarios/pacientes incluyen, se solapan o se suceden con el uso del dispositivo experto biomédico de salud y salud mental. El repertorio de terapéuticas ha sido estudiado de manera focalizada, en investigaciones que proveen información sobre terapias específicas (reflexología: Bordes, 2012, 2013; yoga: Saizar, 2008, 2013; chamanismo, curanderismo y etnomedicina: Idoyaga Molina, 1999, 2000, 2002). Por otro lado, la información empírica recopilada hasta ahora se centra en los momentos de eclosión de las crisis abordada principalmente por especialistas en salud mental y, en algunos casos, por investigadores del mundo del trabajo. Esta segmentación de los estudios en relación a una fase (la fase crítica) o a un tipo de terapia, obstaculiza la comprensión de un proceso cuyas ramificaciones son difusas y cuyos desencadenantes provienen igualmente de fuentes diversas. Nuestra investigación no está centrada en las prácticas sino en los usuarios/pacientes y se propone analizar los pasajes y complementariedades que éstos establecen (Maluf, 2003, 2005), definiendo verdaderas constelaciones terapéuticas complejas, diversas y a veces, contradictorias. Nos proponemos producir conocimiento básico sobre estos procesos, es decir “develar lo que, según los cánones

Autora: Vanina Papalini (versión preliminar)

**DOCUMENTO PARA DISCUSION EN EL MARCO DEL SEMINARIO
ORGANIZADO POR EL PROGRAMA SOBRE HISTORIA DE LOS SABERES PSI DEL IDES.
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

sociales, debe permanecer oculto” (Laplantine, 1999:53), atendiendo tanto a las condiciones objetivas como a las subjetivas, tanto a los recursos utilizados como a su eficacia, tanto a las terapias psico-bio-médicas como a las terapias no tradicionales, tanto a las voces expertas como a las percepciones subjetivas.

Las condiciones objetivas: nuevo capitalismo y producción de la subjetividad

Las condiciones sociales del capitalismo contemporáneo exigen el involucramiento de los sujetos para enfrentar -con recursos gestionados personalmente- nuevas condiciones de existencia (Sennett, 2000). El cúmulo de responsabilidades asumidas y la carga que representan sobre las fuerzas psíquicas e intelectuales de los sujetos tienden a ser admitidas en la medida en que descansan en una capacidad de resiliencia cada vez mayor (Ehrenberg, 1991) por la que las etapas de emergencia de los malestares pasan desapercibidas: los sujetos recurren a estrategias de resguardo que frecuentemente se encuadran dentro de las terapias alternativas. Como muestran las estadísticas del crecimiento de la depresión y la fatiga crónica, agravada especialmente en el caso de las mujeres (Copioli, 2012), el problema se hace visible cuando ingresa en la fase aguda de un proceso cuyos primeros síntomas permanecen inadvertidos. La población que se dice alcanzada por la depresión aumentó notablemente (Ehrenberg, 2000). En la Argentina, el Colegio de Farmacéuticos y el Instituto Argentino de Atención Farmacéutica señala que los psicofármacos son los medicamentos más vendidos y que su consumo per cápita, que se disparó con la crisis económica del 2001, es superior al de otros países de América Latina (INDEC, 2009). La literatura concurre, entonces, a definir dos tipos de condiciones que favorecen el aumento de padecimientos subjetivos: el primero tiene que ver con las exigencias laborales, el segundo, con los contextos socioeconómicos. Se agregan otros aspectos que, como emergen de la investigación de Copioli, están asociados a “lugares” y demandas que varían culturalmente, como el género (véase el concepto de “discomfort de género”, Martínez, 2010) o, más clásicamente, como mostró Durkheim en *El suicidio*, con la contención afectiva y las redes de sociabilidad (Durkheim, 1897, 1985)

En cuanto al primer factor, es un tema conocido en sociología el análisis los cambios acontecidos en el mundo del trabajo que vienen produciéndose desde la década de 1980. (Castel, 1995; Fitoussi y Rosanvallon, 1996; Cohen, 1999; De la Garza Toledo y Neffa, 2001; Hartmann y

Autora: Vanina Papalini (versión preliminar)

**DOCUMENTO PARA DISCUSION EN EL MARCO DEL SEMINARIO
ORGANIZADO POR EL PROGRAMA SOBRE HISTORIA DE LOS SABERES PSI DEL IDES.
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Honneth, 2009; Neffa, Panigo y Pérez, 2010). Menos frecuentes son los estudios que articulan estas transformaciones con la dimensión sociocultural, interesándose por tanto por las trayectorias de los sujetos y su trama de relaciones (Abécassis y Roche, 2001), como por los imperativos, los modelos, las significaciones, los modos de acción, de relación y de resolución de problemas (Plummer, 2003; Illouz, 2010) que actúan y se interiorizan a partir de las condiciones objetivas que plantea el capitalismo flexible: la emergencia de un muy diferente dispositivo de constitución de subjetividades.

Bajo los nuevos requerimientos de la vida social (flexibilidad y cambio constante, desterritorialización, pérdida del lazo social que articulaba al individuo con el grupo, competencia y evaluación permanente) la salud y el bienestar son concebidos como adquisiciones y responsabilidades individuales (Castel, 1995; Gorz, 1988; Plummer, 2003; Rose y Miller 2010). Aunque estos imperativos parecen manifestarse de manera privilegiada en el mundo del trabajo, actúan en la totalidad de la existencia, tendiendo a disolver la validez analítica de la diferenciación entre esferas vitales. Trabajo, vida privada, personalidad, capacidades y aptitudes, sostenes afectivos, autoestima, recursos frente a una crisis, son hilos de una trama sociobiográfica unificada. El *savoir-faire* –las competencias y capacidades productivas- está siendo gradual pero inevitablemente reemplazado por el *savoir-être*, fundado en las mismas cualidades genéricas que se valoran en la vida cotidiana: la capacidad de generar confianza, de comunicarse, de “identificarse con el otro” (Boltanski y Chiapello, 1999). Las nuevas exigencias se orientan hacia atributos tradicionalmente asociados al orden de la *subjetividad*, reposan en los rasgos constitutivos de lo que se entiende por personalidad y dependen de la “fortaleza” y resistencia de los sujetos a las múltiples presiones que impone la vida social actual. De aquí que la problematización de la subjetividad cobre una fuerza inusitada: en esa esfera no sólo se debe dar resolución a la vida personal sino también a la problemática social que es asumida en términos individuales. De allí, también, la angustia experimentada y la necesidad de salidas –que, siguiendo la pauta de las significaciones circulantes, también se buscan por la vía individual- a problemas que son vividos como privados.

Los contextos latinoamericanos exhiben, en relación con esta caracterización, situaciones de inseguridad subjetiva agravadas: la pobreza, la precarización del empleo, la inseguridad normativa y jurídica, la inestabilidad política, los procesos inflacionarios, agudizan el panorama. No obstante, frente a estos contextos que tienden a naturalizarse, la población desarrolla otras estrategias y

Autora: Vanina Papalini (versión preliminar)

**DOCUMENTO PARA DISCUSION EN EL MARCO DEL SEMINARIO
ORGANIZADO POR EL PROGRAMA SOBRE HISTORIA DE LOS SABERES PSI DEL IDES.
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

cuenta con otros soportes (informales, alternativos, afectivos) cuya peculiaridad y eficacia interesa estudiar.

Soportes: la trama social y cultural

Como señalamos, la literatura europea y norteamericana que aborda los procesos de crisis de la subjetividad insiste en la inexistencia de otros apoyos sociales y el menoscabo de los tradicionales. Los “soportes” anímicos provienen de las drogas, el consumo, la adrenalina generada por la misma exigencia laboral (Giddens, 1997) y, ocasionalmente, de la pareja. Los apoyos que toman la forma de ayudas sociales otorgadas por el Estado o asociaciones de beneficencia resultan estigmatizantes (Martuccelli, 2007a; 2007b). Sin embargo, la peculiaridad latinoamericana en el modo de construir la sociabilidad, en las formas de cooperación familiares e inclusive en la informalidad de los sistemas sociopolíticos, no se corresponde de modo lineal con la tesis del individualismo negativo (Castel, 1997) o, al menos, lo matiza.

Los procesos de subjetivación que se despliegan en contextos específicos -un lugar, una cultura y una época-, son determinaciones parciales que actúan sobre sujetos con capacidad de establecer relaciones múltiples entre componentes heterogéneos (Deleuze, 1997; Guattari, 1996; Rose, 2003, Rose y Miller, 2010). De allí la importancia de la atención a los contextos culturales, históricos y sociales en donde estos procesos acontecen. Si es posible describir con cierto grado de generalidad los procesos de subjetivación, es en cambio imposible inferir sus efectos particulares sin atender a las trayectorias con las que intersectan.

Nuestro punto de partida es entender que la subjetividad es configurada y modelada por instancias objetivas y su naturaleza es sociocultural, aunque esta dimensión no la determine totalmente ni de manera fija. Su conformación es relacional, vinculada a “lo dado”, y esto refiere tanto a las condiciones de existencia -materiales e históricas- como a las relaciones sociales encarnadas por sujetos. En la medida en que el espacio de la subjetividad, constituido como un pliegue del afuera (Deleuze, 1987), es poroso, está abierto a la experiencia y es también capaz de refractar las pautas sociales distribuidas ampliamente en la cultura (Foucault, 1990; 2002). En los estados de enfermedad, pero sobre todo en el caso de la llamada “salud mental” o el bienestar subjetivo, las representaciones sobre lo normal y lo patológico están sobredeterminadas por el medio, que así mismo provee un abanico de soluciones y “remedios”. Nos interesa, entonces, atender a la articulación entre condiciones objetivas y subjetividad, en tanto ésta se fragiliza y expresa síntomas

Autora: Vanina Papalini (versión preliminar)

**DOCUMENTO PARA DISCUSION EN EL MARCO DEL SEMINARIO
ORGANIZADO POR EL PROGRAMA SOBRE HISTORIA DE LOS SABERES PSI DEL IDES.
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

de un malestar “que no se puede atrapar”. Frente a estos procesos, las prácticas y los recursos de los sujetos son heterogéneos y específicos. Los “modos de dar significado” a la experiencia no se derivan del análisis de los procesos de subjetivación sino que ameritan una investigación que incluya –y no presuponga- a los sujetos mismos, que suponga la heterogeneidad, más que la homogeneidad como principio heurístico fundamental.

Malestares subjetivos, culturas terapéuticas e hipermedicalización

La aproximación social a la problemática del malestar subjetivo que propugnamos encuentra antecedentes en el informe de « Ville, santéméntale, précarité et exclusionsociale » (Lazarus, 1995) El informe recoge la situación de la población en condición de precariedad, la cual muestra síntomas semejantes a los propios de los trastornos mentales -depresión, fobias, ansiedad, angustia y otras afecciones nerviosas. Lazarus destaca la dificultad de encuadre –y por lo tanto, de tratamiento o de inclusión en políticas sociales- de estos malestares emergentes. Después de algunas vacilaciones, estas afecciones reciben tratamiento farmacológico aun cuando tengan un origen que no sea atribuible con claridad a una “enfermedad”. El informe de Lazarus se basa en informantes expertos (trabajadores sociales y médicos) y en pacientes que han pasado por la APS o los sistemas de seguridad social estatales. Tanto por la datación del informe como por su contexto, creemos que no representa integralmente el problema tal como se presenta en los contextos latinoamericanos. Las etnomedicinas, las prácticas terapéuticas que no pertenecen al dispositivo psico-bio-médico y la autogestión de los malestares quedan fuera del análisis. Los sectores sociales que solicitan atención de los sistemas de salud pública tienden a ver en estos síntomas la manifestación de una dolencia física, recurriendo a la atención médica primaria. Pero no es ésta su única estrategia, recurriendo a otras terapias que van desde el curanderismo a la medicina tradicional china (Krmptotic, 2008). En sectores sociales mejor acomodados, es más frecuente el acceso a las terapias llamadas alternativas, la psicoterapia y el consumo masivo de antidepresivos y tranquilizantes. La hipermedicalización supone una hiperpatologización: sensaciones subjetivas penosas, estados anímicos normales como la tristeza, la timidez o cierto grado de ansiedad, reciben tratamiento y se asocian con trastornos vinculares, psico-sociales o psiquiátricos (Papalini, 2008). Distintos factores estimulan la patologización de estos malestares. El primero es *cultural*: existe una presión, verificable en los discursos sociales circulantes, a estar siempre en actividad -que no sólo se limita al contexto laboral-, a resistir en cansancio y a la

Autora: Vanina Papalini (versión preliminar)

**DOCUMENTO PARA DISCUSION EN EL MARCO DEL SEMINARIO
ORGANIZADO POR EL PROGRAMA SOBRE HISTORIA DE LOS SABERES PSI DEL IDES.
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

exigencia de resultados positivos (Papalini, 2011; 2013). Nada debería impedir al sujeto realizar sus metas y objetivos y, si algo se interpone, es considerado como una anomalía atribuible a una "causa" externa, pasible de ser tratada (Ehrenberg, 1991; 1995).

En los malestares subjetivos, es necesario pensar como un *continuum* lo interno y lo externo, lo personal y lo social, el organismo y el medio. Las afecciones que vamos a observar implican que los sujetos participan en el diagnóstico de su patogenia y que el sufrimiento deriva de *grados de intensidad* que resultan insoportables en relación a situaciones y estados que no necesariamente son, en sí mismos, patológicos. Nos preguntamos, entonces, cómo llega el mismo conjunto social a dotarse al mismo tiempo de múltiples y hasta contradictorios sistemas de interpretación y tratamiento de los malestares subjetivos, cuáles son éstos y cómo son utilizados y percibidos por los usuarios. (Laplantine, 1999). Por ello, insistimos en que, para estudiar estos padecimientos y sus tratamientos, es imprescindible atender al "terreno", al contexto en el que se desenvuelven los sujetos.

Esta investigación propone, entonces, integrar el relato de las experiencias del sufrimiento y el malestar (perspectiva del actor) con las condiciones de su emergencia y reconocimiento (perspectiva sociológica); explorar las prácticas terapéuticas de las que se vale, justificadas por creencias diversas y hasta antagónicas (perspectiva antropológica) y la percepción de su eficacia en momentos de padecimiento subjetivo de intensidades diferentes.

El resultado esperado es:

- un conjunto de relatos organizados biográficamente sobre las experiencias de los padecimientos subjetivos
- un registro de las terapias utilizadas
- una correlación preliminar entre condiciones objetivas y malestares subjetivos
- una aproximación a valoración social de la bio-psico-medicina en el tratamiento de los malestares subjetivos y su grado de complementariedad o reemplazo en relación con las terapias alternativas
- una sistematización de los padecimientos psicosociales más frecuentes y su dinámica.

Autora: Vanina Papalini (versión preliminar)