.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Repositorio Digital Institucional

Tipo de documento: Tesis de Doctorado

Título del documento: Identidad profesional, pluralismo terapéutico y formas de sufrimiento en la modernidad tardía : trayectorias de psicólogas que desarrollan prácticas de integración terapéutica en el Área Metropolitana de Buenos Aires

Autores (en el caso de tesistas y directores):

Pablo Daniel Borda

Pablo Francisco Di Leo, dir.

Silvia Alejandra Tapia, co-dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2021

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: http://repositorio.sociales.uba.ar/

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)
La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR

Repositorio Digital Institucional

.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Autor: Lic. Pablo Daniel Borda

Identidad profesional, pluralismo terapéutico y formas de sufrimiento en la modernidad tardía: trayectorias de psicólogas que desarrollan prácticas de integración terapéutica en el Área Metropolitana de Buenos Aires

Tesis para optar al grado de Doctor en Ciencias Sociales

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Buenos Aires

Director: Dr. Pablo Francisco Di Leo

Co-Directora: Dra. Silvia Tapia

Buenos Aires

2021

Resumen

Las sociedades occidentales contemporáneas experimentan transformaciones en los procesos de socialización y la configuración identitaria de los individuos. La modernidad tardía como cultura del riesgo y pluralismo, bajo un clima de inseguridad e incertidumbre, genera angustias inespecíficas que afectan la identidad personal. Un correlato de estos procesos es la emergencia de nuevas enfermedades del alma. El incremento global del uso de terapias no convencionales opera en este contexto socio-cultural. La actual diversificación de la oferta psicoterapéutica se caracteriza por la coexistencia de prácticas heterogéneas y la multiplicidad de saberes expertos que configuran variados tratamientos orientados a la búsqueda de bienestar.

Esta investigación aborda las experiencias de complementariedad e integración terapéutica llevadas a cabo por psicólogas cuyas carreras se han apartado de la representación social dominante de su disciplina al haber integrado en su práctica diversas terapias no convencionales. Las preguntas problema que guían la tesis son ¿Cómo se vinculan los procesos actuales de expansión personal, emergencia de nuevas formas de sufrimiento psíquico y diversificación de la oferta terapéutica con las experiencias de psicólogas que desarrollan prácticas de complementariedad e integración terapéutica? ¿Qué características adquieren sus prácticas terapéuticas y cómo construyen sus trayectorias e identidades profesionales estas psicólogas? y ¿Cómo caracterizan y articulan dichas psicólogas las formas de sufrimiento psíquico contemporáneo y sus actuales abordajes terapéuticos?

Desde un paradigma interpretativista, y una estrategia metodológica cualitativa, utilizo el método biográfico, específicamente la vertiente de los relatos de vida para construir datos que me permitan reconstruir las experiencias y los sentidos otorgados por las psicólogas a sus prácticas terapéuticas. A través de dicho método, y por medio de la realización de entrevistas semi-estructuradas, se construyen datos descriptivos que permiten reconstruir las trayectorias profesionales de 20 psicólogas, realizando un análisis temático que se focaliza en aquellos acontecimientos biográficos que promovieron su acercamiento a diversas terapias no convencionales, el desarrollo de un trabajo psicoterapéutico integrador y la conformación de su

identidad profesional desde sus experiencias terapéuticas y sus prácticas profesionales.

El análisis de la tesis se inscribe dentro de los estudios socio culturales de la vida profesional, desde un enfoque teórico constructivista y culturalista que pone en dialogo aportes surgidos de la sociología de las profesiones con la sociología de la individuación. Esta integración conceptual se enmarca en debates más generales sobre la construcción identitaria y los procesos reflexivos del *self* en la modernidad tardía. Del análisis de los datos emergieron como significativas:

a) las transformaciones y/o (re)significaciones de la construcción de las identidades profesionales de las entrevistadas en relación a sus experiencias de complementariedad e integración terapéutica,

b) las principales características del sufrimiento psicoemocional contemporáneo, identificando en los relatos de las entrevistadas las transformaciones y/o cambios en los motivos de consulta de sus pacientes a lo largo de su trayectoria profesional. Partiendo desde la categoría motivos actuales de consulta, desarrollo el concepto nativo de "crisis existenciaria" y/o "crisis de sentidos" en articulación con la idea de nuevas enfermedades del alma y el concepto de autodescubrimiento,

c) las características y potencialidades que las entrevistadas le atribuyen a su práctica terapéutica partiendo desde el concepto nativo de bienestar y las categorías encuadre holístico, amplitud, integración y complementariedad terapéutica en términos de marcos referenciales.

Partiendo desde un análisis de la perspectiva relativa al desarrollo profesional y la conformación de los estilos de vida, las descripciones inherentes al ideal normativo de la autorrealización como horizonte de bienestar deseable, que aborda esta investigación, dan cuenta de los rasgos característicos del entrecruzamiento entre la emergencia de una práctica terapéutica integradora y el imperativo cultural de la expansión personal en el contexto socio-cultural de la modernidad tardía.

Abstract

In the processes of socialization and identity configuration of individuals contemporary western societies experiences transformations. A nonspecific anguish that affects personal identity is generated under a climate of insecurity and uncertainty by a late modernity as a culture of risk and pluralism. The emergence of new diseases of the soul are a correlate of these processes. The global increase in the use of unconventional therapies operates in this socio-cultural context. The coexistence of heterogeneous practices and multiple expert knowledge oriented to wellbeing treatments characterize the current diversification of the psychotherapeutic offer.

This research addresses the experiences of complementarity and therapeutic integration carried out by psychologists whose careers have departed from the dominant social representation of their discipline by having integrated various alternative therapies into their practice. The research questions in this thesis are: How are the current processes of personal expansion, emergence of new forms of psychic suffering and diversification of the therapeutic offer linked with the experiences of psychologists who develop complementary and therapeutic integration practices? What characteristics do these psychologists acquire in their therapeutic practices and how do these psychologists construct their careers and professional identities? And, how do these psychologists characterize the forms of contemporary psychic suffering and their current therapeutic approaches?

In this thesis, an interpretive paradigm and a qualitative methodological strategy, specifically a biographical method, is used. Life stories technique is specifically used to construct data that will allow to rebuild the experiences and meanings given by psychologists to their therapeutic practices. There were conducted semi-structured interviews with 20 psychologists to set up descriptive data. To reconstruct the career paths of the psychologists, a thematic analysis was developed that focuses on those biographical events that encouraged their approach to various alternative therapies, the development of an integrative psychotherapeutic work and the conformation of their professional identity from their therapeutic experiences and professional practices.

The analysis of this thesis is part of the socio-cultural studies of professional life, from a constructivist and culturalist theoretical approach. This brings contributions arising from the sociology of professions into dialogue with the sociology of individuation. This conceptual integration is framed in more general debates about the identity construction and the reflexive processes of the *self* in late modernity. From the analysis of the data, the following emerged as significant:

a) the transformations and (re)meanings of the construction of the professional identities of the interviewee in relation to their experiences of complementarity and therapeutic integration,

b) the main characteristics of contemporary psycho-emotional suffering, identifying in the reports of the interviewees the transformations and changes in the reasons for consulting their patients throughout their professional career. Starting from the category of current reasons for consultation, I develop the native concepts of "existential crisis" and "crisis of senses" in conjunction with the idea of new diseases of the soul and the concept of self-discovery,

c) the characteristics and potentialities that the interviewees attribute their therapeutic practice starting from the native concept of well-being and the categories holistic framing, breadth, integration and therapeutic complementarity in terms of referential frameworks.

Starting from an analysis of the perspective relative to professional development and the conformation of lifestyles, the descriptions inherent to the normative ideal of self-realization as a horizon of desirable well-being, which this research addresses, account for the characteristic features of the intersection between the emergence of an integrative therapeutic practice and the cultural imperative of personal expansion in the socio-cultural context of late modernity.

INDICE

Dedicatoria..... (8)

Agradecimientos..... (9)

Introducción..... (10)

1. Capítulo I. Conformación del terreno profesional local de la psicología.... (23)

1.1. Transformaciones en el terreno de la terapéutica del sufrimiento psíquico y la consolidación del rol profesional de los/as psicólogos/as en Argentina..... (25)

1.2. ¿Dominancia psicoanalítica o diversificación de prácticas terapéuticas?..... (34)

1.3. ¿Qué sabemos sobre integración y diversificación en el ideario psicoterapéutico?..... (38)

2. Capítulo II. Terapias y terapeutas, hacia una comprensión sociológica de la búsqueda del bienestar..... (46)

2.1. Las terapias como espacios de creatividad social..... (47)

2.2. Los terapeutas y el trabajo identitario en el terreno profesional..... (51)

3. Capítulo III. Relatos y trayectorias desde un enfoque biográfico..... (56)

3.1. Aspectos paradigmáticos y metodológicos del diseño de investigación..... (56)

3.2. Perspectiva epistemo-metodológica de la estrategia analítica..... (59)

3.3.1. Características del trabajo de campo y la conformación de la muestra..... (64)

3.3.2. La construcción y análisis de los datos..... (69)

4. Capítulo IV. La significación de la identidad profesional en la integración terapéutica..... (72)

4.1. Reflexiones finales..... (84)

5. Capítulo V. ¿Del malestar en la cultura a la cultura del malestar?..... (88)

5.1. Motivos actuales de consulta: crisis de sentidos y vacío existencial..... (89)

5.2. Cambios en los motivos de consulta: de la sociedad disciplinaria al narciso deprimido..... (101)

5.3. Reflexiones finales..... (112)

6. Capítulo VI. La búsqueda de bienestar desde una práctica terapéutica integradora(114)

6.1. La aceptación de sí mismo como camino hacía el bienestar..... (115)

6.2. El aporte del enfoque holístico en la concepción "multidimensional de la persona": hacía una terapéutica orientada al autodescubrimiento..... (118)

6.3. De lo convencional a la amplitud integradora: "Son muy buenos y aprovecho a todos, pero no me caso con nadie"..... (121)

6.3.1 Ampliar las opciones de tratamiento: ajustando y traduciendo un trabajo artesanal a medida del paciente..... (126)

6.3.2. Ventajas felices: realización personal, vínculos humanizantes y logros a corto plazo..... (132)

6.4. Reflexiones finales..... (139)

7. Capítulo VII. Conclusiones Finales: Articulo, luego existo..... (143)

Bibliografía..... (152)

Glosario de psicoterapias y prácticas terapéuticas..... (166)

Anexo I - Guía de entrevista..... (180)

Anexo II - Consentimiento informado..... (184)

Anexo III - Listado de códigos..... (187-197)

Dedicatoria

A Juana y Olivia, ellas son!

Agradecimientos

A las entrevistadas, les agradezco por participar de esta investigación de forma tan amable y respetuosa. Gracias por su cálida disposición a compartirme sus experiencias y conocimientos.

A Juana y Olivia, gracias por su apoyo, por sus mimos y sus palabras de aliento, gracias por ser como son, dos hijas geniales!

A Yani, gracias por comprenderme, apoyarme y alentarme; gracias por tus lecturas de esta tesis y por tus oportunos consejos. Y sobre todo: gracias por tu amor!

Al Dr. Pablo Di Leo, gracias por tu amabilidad y compañerismo; por tenderme la mano en momentos difíciles y por haberme dirigido de manera tan profesional, rigurosa, paciente y respetuosa. Es un placer pensar con vos.

A la Dra. Silvia Tapia, gracias por ayudarme con tus lecturas comprometidas y con tus sugerencias pertinentes; y sobre todo gracias por tu comprensión y apoyo en las circunstancias complicadas. Gracias por hacerme pensar.

Al Dr. Mariano Plotkin, gracias por tu generosidad de pensamiento, por tu tiempo y por las interesantes charlas sobre aspectos de esta tesis y más. Un lujo conversar contigo.

Introducción

La tragedia del espíritu moderno consiste en que ha resuelto el enigma del universo, pero sólo para reemplazarlo por el enigma de sí mismo

(Alexandre Koyre)

La relación entre individuo, sociedad y cultura en función de la búsqueda de bienestar, como así también la idea de sujeto y lazo social en relación al cuidado de sí, ocupan un lugar importante en el debate intelectual de las Ciencias Sociales y las Humanidades en las últimas décadas.

Este debate transcurre en un contexto de mutaciones en los procesos de socialización y la construcción identitaria en las sociedades occidentales contemporáneas (Dubet y Martuccelli, 2000; Giddens, 1995; Hall, 2011). En un ambiente socio-cultural caracterizado por procesos de diversificación de las formas de identificación social, crisis y cuestionamientos de modelos normativos, el trabajo de socialización de las instituciones tradicionales se está desplazando en gran parte hacia la experiencia y acción de los mismos agentes sociales.

Algunos autores proponen que el relativo relajamiento de los marcos colectivos estructurantes impulsaría a los individuos a configurar sus propias soluciones biográficas frente a las contradicciones estructurales (Beck y Beck-Gernsheim, 2003; Dubet y Martuccelli, 2000). Otros sostienen que la diversificación de opciones de estilo de vida y de sistemas expertos, en un contexto de globalización, puede ampliar el margen de acción y cuidado de los individuos, en especial en lo referente al despliegue de un proyecto reflexivo del *self* (Borda, 2015; Freidin y Borda, 2015; Giddens, 1995).

En este sentido todas las sociedades proponen modelos de salud y de enfermedad, criterios de normalidad y anormalidad, como así también ideales de cuidado, de bienestar y objetivos personales a lograr (Guinsberg, 1994). De una cultura a otra no sólo varía el énfasis puesto en la individualidad, sino también los supuestos sobre cómo se puede caracterizar a una persona y sus cuidados.

El vocabulario utilizado para describir las debilidades humanas se ha expandido durante el siglo XX permitiéndonos disponer de innumerables términos para identificar defectos en nosotros mismos y en los demás. Según Gergen (2006) la creciente terminología sobre las deficiencias humanas puede atribuirse a la cientificación de la conducta en las sociedades modernas. El vocabulario técnico de las disfuncionalidades psicoemocionales elaborado por psiquiatras, psicólogos/as y psicoanalistas termina permeándose en las interacciones sociales de la vida cotidiana, lo cual promueve cierta concientización sobre los problemas psíquicos y sus abordajes terapéuticos, pero también podría generar una mayor dependencia hacia los/as profesionales psicoterapéuticos. La maleabilidad de los lenguajes sobre el *self* y la vida psíquica hace que las concepciones y percepciones sobre los mismos cambien, afectando la dinámica de la vida social y las prácticas de cuidado relacionadas con la búsqueda de bienestar (Gergen 2006; Illouz 2010).

Un campo interesante para el abordaje de estas problemáticas es el cuidado de sí y la búsqueda de bienestar en un contexto cultural que ha expandido los criterios relacionados con el desarrollo de una vida saludable, evidenciándose un creciente énfasis sobre la responsabilidad individual y la iniciativa personal en cuanto al cuidado de la salud. Este *imperativo de la salud* (Lupton, 1996), o la *nueva conciencia sobre la salud* (Crawford, 2006), se configura como un verdadero mandato cultural y moral sobre las prácticas que los individuos deberían adoptar para mejorar su calidad de vida y mantener un buen estado de salud. Según Crawford (2006) las personas inmersas en una cultura que tiene como un valor central la responsabilidad individual en el cuidado de la salud, podrían verse orientadas a construir su identidad en relación a su capacidad para incorporar y cultivar conductas saludables, especialmente los individuos de clase media y alta, con altos niveles de educación.

Durante el transcurso de los primeros 60 años del siglo XX, en las sociedades occidentales los individuos fueron adquiriendo una comprensión de sí mismos como criaturas habitadas por un espacio interior profundo de índole psicológica, evaluándose y actuando terapéuticamente sobre sí mismos desde esa concepción (Ehrenberg, 2000; Illouz, 2010; Rose, 2012). Se trata de la emergencia de un discurso psicológico de autodescripción de la persona y sus dolencias, donde resulta central el lenguaje de la angustia, la depresión, el trauma, la extroversión y la introversión, donde la mente y el uso del lenguaje es vital en los procesos terapéuticos.

Ahora bien, Rose (2012) también sugiere que a partir de la segunda mitad del siglo XX las personas comienzan cada vez más frecuentemente a relacionarse consigo mismas en cuanto *individuos somáticos*, es decir, como seres cuya individualidad se encuentra anclada, en parte, en su existencia carnal y corporal; expresándose, juzgándose y actuando sobre sí mismos desde el lenguaje de la biomedicina. Según Rose (2012) esta ética de la somatización se extendió a la mente, generando una perspectiva de tratamiento y cuidado de la salud que ubica los deseos, los estados de ánimo y descontentos como cuestiones a ser tratadas en el orden del cerebro. Así la psiquiatría biológica, durante el transcurso de la segunda mitad del siglo XX, trazó el mapa de las bases neuronales y neuroquímicas de la vida mental de las personas, sumando a otros sentidos existentes sobre el *self* un nuevo sentido neuroquímico de nosotros/as mismos/as.

Los individuos estarían empezando a recodificar variaciones en el humor, las emociones, los deseos y los pensamientos en términos del funcionamiento de las sustancias químicas presentes en el cerebro, para así actuar sobre sí mismos a la luz de esa nueva codificación. Es lo que Rose (2012) denomina *self neuroquímico*. Se trata de una concepción de persona y su tratamiento terapéutico que parte de la idea de que el desorden reside dentro del cerebro individual y sus procesos orgánicos, considerando a la nueva generación de psicofármacos como la primera línea de intervención, no solo para aliviar síntomas, sino también como modos de modular y administrar esas anomalías neuroquímicas con el fin de restaurar el *self* a su vida y a sí mismo.

Las nuevas ciencias del cerebro establecen vínculos directos entre lo que hacemos, cómo nos conducimos y lo que somos. Las tecnologías médicas contemporáneas no buscarían meramente curar la enfermedad, sino controlar los procesos vitales del cuerpo y la mente, convirtiéndose así en verdaderas tecnologías de optimización de la vida. Se trata de una ética que genera reconfiguraciones en términos de procesos de subjetivación ya que la maximización del estilo de vida, el potencial personal, la salud y la calidad de vida se han vuelto un imperativo cultural que define la postura que los individuos deberían de adoptar en relación al cuidado de su salud, orientándolos hacia una actitud y conducta activa, prudente y positiva sobre su futuro (Rose, 2012).

Esta *ethopolítica* biológica (Rose, 2012) define el cómo debemos conducirnos en relación con nosotros/as mismos/as y respecto de nuestras responsabilidades futuras, al tiempo que genera toda una economía de la esperanza en términos de optimización vital al visibilizar los procesos neuroquímicos que tienen lugar en el cerebro como determinantes de nuestros humores, deseos, estados de ánimo, personalidades y patologías, susceptibles de ser modificados a través de las nuevas técnicas farmacológicas. Estas tecnologías prometen no solo sobrellevar las dolencias, sino corregir y mejorar la clase de persona que somos o queremos ser. Según el autor, esta política de la vida en sí se ocupa de promover nuestra capacidad de controlar, administrar, modificar, redefinir y modular las propias capacidades vitales.

Para Ehrenberg (2009) existiría un programa fuerte de las neurociencias, el cual identifica y asocia el conocimiento del cerebro con el conocimiento de sí mismo, mientras que en el plano clínico pretende fundir neurología y psiquiatría, tratando a las psicopatologías neuropatológicamente y pretendiendo actuar más eficazmente sobre nuestra maquinaria cerebral para aumentar nuestras capacidades de decisión y acción. Para el autor, tal versión maximalista de las neurociencias busca construir una biología del espíritu humano, o dicho de otro modo, una neurobiología de la personalidad.

Ahora bien, así como Rose (2012) plantea la existencia de un *self* neuroquímico, otros autores como Lasch (1999) y Rieff (1996) dan cuenta de otra arista del mismo fenómeno relativo a la búsqueda de bienestar. Se trata de otra de

las características de nuestra época entendida como el advenimiento de un *hombre psicológico*, producto de un proceso civilizatorio occidental centrado en el desarrollo individual a través del uso de técnicas psicoterapéuticas destinadas a trabajar la expansión de la conciencia de sí, la intensificación de las potencialidades humanas y el mejoramiento psíquico personal. Esta segunda característica de la búsqueda de bienestar desde una concepción de persona más centrada en el terreno psicológico es la temática que aborda esta tesis doctoral.

En este sentido, resulta relevante la idea de Lasch (1999) en cuanto a que el clima cultural dominante en las sociedades occidentales contemporáneas sería terapéutico, siendo un sentimiento extendido en el plano social la búsqueda de bienestar personal, de salud y de seguridad psíquica. Ehrenberg (2000) expresa que las demandas terapéuticas actuales suelen orientarse en menor medida hacia los conflictos y las prohibiciones, para relacionarse cada vez más con la necesidad de ser, de lograr el desarrollo del potencial interior bajo la premisa de encontrarse con uno mismo y ser ese ser auténticamente singular.

Debido a este contexto socio-cultural las decisiones relacionadas con el cuidado de la salud psicoemocional se constituyen como espacios de la acción social ligados íntimamente a proyectos reflexivos en la construcción de la identidad personal y el estilo de vida (Giddens, 1995).

La preocupación contemporánea por acrecentar el potencial psicológico de los individuos en función de alcanzar estilos de vida saludables ha permitido la proliferación de múltiples técnicas terapéuticas (convencionales y no convencionales)[1] orientadas al cuidado de sí, evidenciando que el lenguaje psicológico se ha diversificado y entrelazado con los imperativos culturales contemporáneos de la búsqueda de felicidad y bienestar ampliado, la confianza en el potencial interior y la creencia en la capacidad de autoperfeccionamiento. La ampliación del discurso psicológico en un contexto cultural de índole terapéutico ha permitido la configuración de una oferta psicoterapéutica que abarca tanto las psicoterapias, como así también una diversidad de prácticas de cuidado que articulan de forma ecléctica las premisas del discurso de la autoayuda, los aportes filosóficos del movimiento *New Age*, la espiritualidad y diferentes usos de

[1] Esta distinción se desarrolla específicamente en el capítulo I y VI.

reapropiación y (re)significación de múltiples técnicas psicoterapéuticas[2] que dan lugar al *pluralismo terapéutico* (Borda, 2015; Ehrenberg, 2000; Giddens, 1995; Illouz, 2010; Lipovetsky, 2010; Sointu, 2012).

Kristeva (1995) sostiene que la vida psíquica es un discurso en acto, evidenciándose desde la emergencia de los aportes psicoanalíticos de Freud en adelante un uso y reconocimiento significativo de los efectos sustanciales de las representaciones significantes. Según la autora, estos aportes han constituido, a través de la valoración del alma y la interpretación de la psiquis, un medio de acción indistintamente terapéutico y moral.

Desde la perspectiva de Illouz (2010) la expansión del discurso psicológico y el advenimiento del espíritu terapéutico han hecho de la vida emocional y de la organización de las narrativas contemporáneas del *self* y su identidad, materias de una supervisión procedimental y reflexiva, especialmente accesible en su praxis para ciertos sectores de la clase alta y media. Para autores como Castel (1984) el ejercicio de un trabajo reflexivo sobre uno/a mismo/a quedaría restringido a grupos sociales muy reducidos. Ello no solo responde a restricciones económicas, sino también a razones de índole socio-cultural, debido a los recursos que obliga a movilizar, la disposición en el uso del tiempo y la relación que implica dicha práctica en términos de condiciones materiales de existencia y prioridades en las actividades de la vida cotidiana.

Lo hasta aquí reseñado da cuenta de cómo se fue estableciendo cierta separación fundada sobre la clínica, entre el hombre cerebral de la neurología y el hombre hablante de la psicopatología. Según Ehrenberg (2009) en el primer caso el síntoma trasciende al paciente que tiene una enfermedad del sistema nervioso, es decir, será su cerebro el lugar de imputación de la terapéutica. En cuanto al segundo, el síntoma es enteramente singular al/a la paciente que está enfermo/a de sí mismo/a, de sus deseos, sus creencias y su voluntad.

Sin ninguna pretensión de tomar partido entre ambas perspectivas de cuidado terapéutico, que se desprenden tanto de la concepción de sujeto cerebral, como de sujeto hablante (Ehrenberg, 2009), coincido con Rose (2012) al señalar que

[2] La diversificación de la oferta psicoterapéutica es abordada con mayor precisión en el capítulo I en dialogo con la descripción del desarrollo de la psicología como profesión en el ámbito local.

representa un error considerar que cada cultura o período histórico está caracterizado por un único modo de entenderse y relacionarse con uno/a mismo/a, por ello entiendo, que ambas perspectivas de tratamiento, como así también ambas ideas de personas, conviven e interactúan en el terreno actual relacionado con el cuidado de sí.

Las transformaciones hasta aquí reseñadas, ya sea desde la perspectiva asociada a la concepción de la persona como un individuo psicológico o aquella que plantea la existencia de un individuo somático y un *self* neuroquímico, dan cuenta de que el cuidado de sí y la búsqueda de bienestar se desarrolla (más allá de los distintos tipos de tratamiento y el lugar asignado a las afecciones) bajo un contexto cultural que ha expandido los criterios relacionados con el desarrollo de una vida saludable, evidenciándose un creciente énfasis sobre la responsabilidad individual y la iniciativa personal en cuanto al cuidado de la salud en relación a su capacidad para incorporar y cultivar conductas saludables.

Lo que está en juego en mi análisis no refiere a la voluntad de mejoramiento y optimización de los ciclos vitales, la psiquis y la corporalidad misma, ya que los seres humanos han siempre pretendido e intentado mejorar sus condiciones de salud por medio de diferentes prácticas (oración, meditación, dietas, hechizos, ejercicios físicos y espirituales, psicoterapias y fármacos, entre otros). Lo que resulta interesante, y en esto coincido con Rose (2012), es la noción de que estaríamos pasando, en términos de organización social y gestión de las dolencias, de una lógica de la normalización y disciplinamiento a otra signada por la individualización y la personalización.

En este sentido considero que el principio de la *expansión personal* (Ehrenberg, 2000) se configura como uno de los rasgos culturales característicos de las sociedades occidentales, el cual promueve un tipo de sujeto predispuesto a descifrarse a sí mismo en búsqueda del bienestar bajo un ideal de vida saludable que pretende optimizar al máximo el rendimiento y las potencialidades de los individuos para alcanzar un ideal normativo de la autorrealización. Este mandato se enmarca en un contexto social signado tanto por el imperativo de la autenticidad, la fascinación por el éxito, el rendimiento y la felicidad, como por el pluralismo, los

cambios constantes, el riesgo, la inseguridad y la incertidumbre (Ehrenberg, 2000; Giddens, 1995; Guinsberg, 1994; Hornstein, 2013).

Las transformaciones socio-culturales contemporáneas promueven la diversificación de opciones de estilo de vida y de sistemas expertos, que en un contexto de globalización, pretenderían ampliar el margen de acción y cuidado de los individuos, en especial en lo referente al despliegue de un proyecto reflexivo del *self* (Giddens, 1995).

Siguiendo este debate, y teniendo en cuenta el contexto socio histórico[3] descrito, el objeto de mi investigación es la búsqueda de bienestar y el cuidado de la salud a través de la incorporación de terapias no convencionales en la práctica profesional de psicólogas.

La temática abordada en esta tesis es enmarcada entonces conceptualmente desde una perspectiva que pondera el contexto socio-cultural de la modernidad tardía y su relación con la emergencia de nuevas enfermedades del alma, teniendo en cuenta las afecciones que sufre la construcción identitaria, el abordaje de las dolencias psicoemocionales, las elecciones de estilo de vida y los desarrollos profesionales en circunstancias de constante cambio, riesgo e incertidumbre que generan crecientes angustias inespecíficas[4] sobre los individuos (Ehrenberg, 2000; Gergen, 2006; Giddens, 1995; 2000; Guinsberg, 1994; 2010; Hornstein, 2013; Kristeva, 1995; Lasch, 1999).

[3] La descripción de dicho contexto socio histórico es abordada desde dos ejes, el primero refiere a lo que puedo denominar como clima de época y remite a lo desarrollado en esta introducción con respecto a las características distintivas de la modernidad tardía, el proyecto reflexivo del self, la construcción de la identidad personal y las decisiones de cuidado de la salud psicoemocional en un contexto de expansión del discurso psicológico y la cultura terapéutica. Un segundo eje de esta descripción se desarrolla en el capítulo I referido al proceso de profesionalización de la disciplina psicológica en Argentina y las particularidades que el mismo adquiere en cuanto a la emergencia de nuevas prácticas terapéuticas integrales y complementarias que dan lugar a un pluralismo terapéutico.

[4] La idea de angustias inespecíficas refiere a un estado generalizado de las emociones del individuo que no le permiten generar acciones adecuadas para resolver su estado de malestar. La angustia no es resolutiva y carece de un objeto definido al cual atribuirle las causas de las dolencias psíquico-emocionales. Podemos comprender el carácter inespecífico de la angustia entendiéndola como un miedo que ha perdido su objeto debido a tensiones emocionales formadas inconscientemente, amenazando así la seguridad ontológica del individuo (Giddens, 1995; 2000).

Entendiendo que las psicoterapias no solo son un medio para tratar estas angustias, sino también una expresión de la constitución reflexiva del *self* (Giddens, 1995), mi trabajo de investigación da cuenta de la articulación existente entre el contexto socio-histórico contemporáneo y la preocupación por acrecentar los recursos y potencialidades psíquicas de los individuos en función de alcanzar estilos de vida saludables. Particularmente es de mi interés orientar mi mirada analítica a cómo dicha preocupación se ve expresada no solo en las propuestas psicoterapéuticas convencionales, sino también en la emergencia de (y apelación a) nuevas técnicas psicológicas, o terapias no convencionales post-freudianas (Castel et. al., 1980; Castel, 1984).

Para analizar esta temática abordo las experiencias de complementariedad e integración terapéutica llevadas a cabo por psicólogas cuyas carreras y/o trayectorias profesionales se han apartado de la representación social dominante de su disciplina al haber integrado en su práctica diversas terapias no convencionales que las animaron a (re)significar su identidad profesional. El terreno de la psicología local evidencia un predominio de la orientación clínica como ámbito de elección profesional, generalmente caracterizada por un modelo asistencial individual basado teóricamente en las premisas del psicoanálisis que termina asociando la profesión psicológica con la figura del psicoanalista (Lodieu y Scaglia, 2006; Torricelli y Leibovich de Duarte, 2005). Sin embargo, a partir de la década de 1980, el ámbito psicoterapéutico local no ha quedado exento de las transformaciones relacionadas con la creciente difusión de las terapias cognitivas (Del Monaco, 2020; Fernández Álvarez, 2008; Keegan, 2007; 2012; Korman, Viotti y Garay, 2010) y la emergencia de movimientos contraculturales como el del Potencial Humano y la Psicología Humanística. Esto posibilitó ampliar la matriz interpretativa de las dolencias psicoemocionales hacía una concepción más integral y holística de la salud, generando la emergencia y diversificación de nuevas terapias no convencionales inscriptas en el marco del movimiento *New Age,* el pluralismo y la heterogeneidad de enfoques y prácticas de cuidado terapéutico (Borda, 2015; Carozzi, 2000; Freidin y Borda, 2015; Gorbato, 1994) [5].

[5] La idea de trayectorias profesionales que se apartan de la representación social dominante de la disciplina y/o profesión psicológica local, y las particularidades que adquirió el desarrollo profesional de la psicología en la Argentina, son detalladas en el capítulo I.

En este sentido, mi perspectiva sobre el concepto de *cuidado* se diferencia de la mirada tradicional que lo comprende como prácticas informales y emocionales reducidas a actividades domésticas y privadas. Dejando de lado los dualismos clásicos de los estudios orientados hacía el terreno médico y psicológico basados en autonomía/dependencia, control/atención y saber/práctica, concibo a la idea de cuidado como complejos de saberes y prácticas expertas y legas, tecnologías, cuerpos, tareas, emociones y políticas que buscan lograr el bienestar, aliviar el sufrimiento y promover la salud. Como bien señalan Del Monaco y Epele (2020) y Epele (2012; 2013) esta perspectiva, al devolverle al cuidado el estatuto de saber experto y lego, permite abordar sus relaciones con los conceptos de técnicas y tecnologías, abandonando el uso clásico y restringido de dichas nociones, para ser ampliadas a otros dominios no explorados.

Las experiencias de integración holística y complementariedad terapéutica, como así también las múltiples técnicas psicoterapéuticas estudiadas en esta investigación, son comprendidas como modelos de inteligibilidad respecto de las prácticas de cuidado (Del Monaco y Epele, 2020), permitiéndome abordar sus genealogías y transformación en el tiempo, teniendo en cuenta las características distintivas del contexto socio-cultural donde se despliegan en relación con la búsqueda de bienestar.

En base a lo desarrollado hasta aquí, mi planteo de investigación parte de la siguiente hipótesis[6] de trabajo: el imperativo cultural de la expansión personal como criterio normalizador de la modernidad tardía tiene como correlatos los procesos de emergencia de nuevas formas de sufrimiento psíquico y de diversificación, integración y/o complementariedad de las prácticas terapéuticas para tratarlos.

Partiendo de esta hipótesis, despliego el problema de investigación a partir de las siguientes preguntas: ¿Cómo se vinculan los procesos actuales de expansión personal, emergencia de nuevas formas de sufrimiento psíquico y diversificación de la oferta terapéutica con las experiencias de psicólogas que desarrollan prácticas de complementariedad e integración terapéutica? ¿Qué características adquieren sus prácticas terapéuticas y cómo construyen estas psicólogas sus trayectorias e identidades profesionales? y ¿Cómo caracterizan y articulan dichas psicólogas las

[6] Al ser éste un trabajo de investigación desde una perspectiva cualitativa debe de entenderse el uso del término hipótesis de forma laxa, es decir, como un supuesto del cual parte mi investigación para abordar el objeto de estudio.

formas de sufrimiento psíquico contemporáneo y sus actuales abordajes terapéuticos?

En este sentido, el objetivo general de la investigación es analizar las características distintivas que adquieren las trayectorias e identidades profesionales de psicólogas que desarrollan prácticas de complementariedad e integración terapéutica en el Área Metropolitana de Buenos Aires, indagando sobre sus vinculaciones con el imperativo cultural de la expansión personal y la emergencia de nuevas formas de sufrimiento en la modernidad tardía.

Teniendo en cuenta mis preguntas de investigación y el objetivo general planteado, me he propuesto abordar los siguientes objetivos específicos:

A. Describir y analizar la (re)construcción de las trayectorias e identidades profesionales de estas psicólogas, a partir de sus experiencias y prácticas de complementariedad e integración terapéutica.

B. Identificar y describir las caracterizaciones que hacen estas psicólogas sobre las principales formas de sufrimiento psíquico contemporáneo.

C. Caracterizar los beneficios, obstáculos y potencialidades otorgados por estas psicólogas a sus prácticas de complementariedad e integración terapéutica, indagando sobre sus vinculaciones con sus procesos de (re)construcción identitaria y los abordajes de nuevas formas de sufrimiento.

Habiendo presentado, en esta introducción, la fundamentación del problema de investigación y sus preguntas, la construcción del objeto de estudio y los objetivos de investigación, el resto de la tesis se organiza de la siguiente forma:

En el capítulo I desarrollo el contexto socio-histórico donde se inscribe el proceso de profesionalización de la psicología, dando cuenta de aquellas particularidades que fueron adquiriendo las emergentes carreras de psicología en nuestro país, en especial en lo referente a la conformación de la identidad profesional de los/as psicólogos/as en relación a la representación social dominante sobre su práctica y el proceso de ampliación de la matriz interpretativa de las

dolencias psíquicas. El capítulo reseña también los antecedentes locales e internacionales referidos a estudios sobre fenómenos inherentes al campo temático en donde se inscribe la tesis. Hago mención a una serie de estudios que han abordado desde perspectivas cuantitativas y cualitativas experiencias terapéuticas relacionadas con las medicinas y terapias complementarias.

En el capítulo II presento mi posición teórica destacando la particularidad y originalidad del presente estudio sobre el terreno *psi* local, dando cuenta de los conceptos centrales que guían mi trabajo de investigación refiriéndome a dos ejes centrales de mi enfoque conceptual. El primero remite a la interpretación conceptual sobre las terapias orientadas al abordaje del sufrimiento psíquico en la actualidad, y el segundo aborda los conceptos inherentes a los procesos de construcción identitaria en términos de procesos de individuación.

En el capítulo III describo el marco epistemológico, así como la estrategia metodológica que utilizo para la construcción de los datos empíricos. Doy cuenta de las técnicas y herramientas cualitativas utilizadas, como así también las características de la muestra y el trabajo de campo. Finalmente, presento la estrategia elegida para el despliegue analítico del corpus discursivo que representan las 20 entrevistas semi-estructuradas y en profundidad realizadas.

El capítulo IV se relaciona con el objetivo específico A. Partiendo de la reconstrucción de las trayectorias profesionales de las entrevistadas desarrollo el análisis de sus prácticas de integración y complementariedad terapéutica, como así también sus experiencias como usuarias de terapias no convencionales. El análisis se focaliza en las transformaciones y (re)significaciones en la construcción de sus identidades profesionales y en sus concepciones de su rol como terapeutas. Caracterizo así el lugar de la práctica terapéutica integradora en la diversificación de la oferta psicoterapéutica actual y la inserción de dichas psicólogas en un terreno *psi* que excede y amplía la perspectiva psicoanalítica.

En el Capítulo V, vinculado al objetivo específico B, analizo las principales características del sufrimiento psíquico contemporáneo desde debates e interpretaciones teóricas, surgidas de estudios sociológicos y psicoanalíticos, para luego ponerlos en diálogo con las perspectivas e interpretaciones que elaboran las propias entrevistadas desde sus experiencias terapéuticas integrales, identificando en sus relatos las transformaciones y/o cambios en los motivos de consulta de sus pacientes a lo largo de su trayectoria profesional. La pretensión de este capítulo es

brindar nuevos conocimientos que enriquezcan el debate sobre la interpretación del sufrimiento psíquico y su abordaje, desde datos empíricos construidos en profundidad desde la voz y experiencia de las entrevistadas.

En el capítulo VI, en base al objetivo específico C, analizo las características y potencialidades que las entrevistadas le atribuyen a su práctica terapéutica integradora, haciendo hincapié en la perspectiva holística de la salud que elaboran desde su singular experiencia terapéutica. Abordo aquellos aspectos relacionados con sus (re)significaciones de la práctica terapéutica a partir de su búsqueda por implementar un abordaje más integral, teniendo en cuenta las continuidades y ajustes que se establecen entre la articulación del uso de terapias no convencionales y las premisas de su formación psicoterapéutica convencional inicial. El capítulo brinda aportes de carácter empírico descriptivo sobre las prácticas de integración y complementariedad terapéutica presentes en el terreno profesional de la psicología local, las cuales son poco conocidas y escasamente abordadas por las Ciencias Sociales.

Por último, en el capítulo VII, poniendo en diálogo los principales hallazgos de los capítulos analíticos de la tesis con el enfoque conceptual, y las descripciones inherentes al ideal normativo de la autorrealización como horizonte de bienestar deseable, doy cuenta de los rasgos característicos del entrecruzamiento entre la emergencia de una práctica terapéutica integradora y el imperativo cultural de la expansión personal en el contexto socio-cultural de la modernidad tardía, teniendo en cuenta la perspectiva relativa al desarrollo profesional.

1. Capítulo I. Conformación del terreno profesional local de la psicología

Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana

(Carl G. Jung)

En lo que respecta al terreno profesional local de la psicología, el mismo se caracteriza por la heterogeneidad de prácticas y saberes expertos que dinamizan la articulación y entrecruzamiento de distintos enfoques terapéuticos y los desarrollos profesionales (Borda, 2015; Freidin y Borda, 2015). En él coexisten múltiples perspectivas sobre el sufrimiento psíquico y su tratamiento, provenientes de diferentes disciplinas que se atraviesan entre sí, como la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología.

Esta tesis se focaliza en las transformaciones del terreno psicológico local, dando cuenta de los cambios experimentados en la terapéutica de las dolencias psicoemocionales, y en particular en la emergencia y consolidación de la psicología, no solo como saber experto dentro del terreno psicológico, sino también como profesión. En primer lugar, desarrollo las particularidades que adquirió la conformación de la psicología como profesión, y la centralidad que obtuvo la práctica psicoanalítica en la representación social dominante del rol de los/as psicólogos/as en Argentina. Luego matizaré la idea de que existe en la actualidad una dominancia psicoanalítica local en términos de matriz interpretativa del sufrimiento psicoemocional.

La importancia de realizar esta descripción socio histórica remite a construir, por un lado, una perspectiva de análisis que parta desde las particularidades que adquirió la inserción de la psicología dentro del terreno *psi* local. Por otro lado,

facilita un enfoque que advierta el hecho de una diversificación en la oferta psicoterapéutica contemporánea en clave de pluralismo terapéutico y la emergencia de experiencias de complementariedad e integración terapéutica llevadas a cabo por psicólogas cuyas carreras se han apartado de la representación social dominante de su disciplina al haber integrado en su práctica diversas terapias no convencionales.

Esta perspectiva permite contextualizar el abordaje de mi objeto de estudio, los objetivos de investigación y los casos que conforman la muestra, teniendo permanentemente en cuenta el dinamismo característico del terreno profesional donde las psicólogas entrevistadas desarrollan su práctica terapéutica.

Antes de comenzar con el desarrollo específico de este capítulo, y a los fines de no generar falsas expectativas en el lector, resulta necesario aclarar que si bien la tesis aborda cuestiones relativas al psicoanálisis, el mismo no representa mi objeto de estudio propiamente dicho.

En este sentido, cuando utilice el concepto de modelo, resulta necesario aclarar que en las sociedades latinoamericanas existen diversos modelos de atención de los padecimientos que son considerados en forma aislada y hasta antagónica por el sector salud.

Dejando de lado los antagonismos, y siguiendo los aportes de Menéndez (2003), el enfoque de mi trabajo de investigación hace hincapié en la necesidad de observar estos múltiples modelos desde las estrechas relaciones que se dan entre sí a través de las prácticas y representaciones de los sujetos que los utilizan y ejercen. Desde una perspectiva antropológica, culturalista y sociológica, cuando en esta tesis hablo de modelos me refiero no sólo a las prácticas terapéuticas convencionales, sino a todas aquellas prácticas de cuidados que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado.

Más allá de la existencia de modelos dominantes, por ejemplo en términos de representación social como puede ser el caso del psicoanálisis en el ámbito psicoterapéutico local, lo que resulta cierto en relación a las prácticas de cuidado en las sociedades actuales es lo que se conoce como *pluralismo terapéutico*. Se trata de una dinámica de cuidado de sí que implica recurrir a múltiples saberes expertos

y/o diversos tipos de tratamiento en pos de alcanzar salud y bienestar personal (Astin, 1998; Ehrenberg, 2000; Giddens, 1995; Illouz, 2010; Lipovetsky, 2010; Ross, 2012; Sointu, 2012; 2013). Esto permite afirmar que en la actualidad, en términos de cuidados de la salud, y a nivel de las prácticas concretas, coexisten e interactúan múltiples modelos de atención, e interpretación, que configuran una mayor diversificación de la oferta de tratamientos.

Cuando me refiera entonces a la idea de dominancia del modelo psicoanalítico (o modelo asistencial individual basado teóricamente en el psicoanálisis), me estoy refiriendo no tanto a la práctica clínica en sí misma, ni a las distintas concepciones teórico clínicas que conviven e interactúan en la interpretación de las dolencias psicoemocionales, sino a la representación social dominante en el ámbito local que asocia la práctica de los/as psicólogos/as con la figura del psicoanalista[7] y a una práctica clínica anclada en las premisas del psicoanálisis.

1.1. Transformaciones en el terreno de la terapéutica del sufrimiento psíquico y la consolidación del rol profesional de los/as psicólogos/as en Argentina

El ámbito local de la terapéutica orientada hacia las dolencias psicoemocionales, si bien sigue conservando posturas organicistas, registrándose un aumento de prescripciones psicofarmacológicas en los tratamientos (Galende, 1983), se ve signado (con mayor o menor intensidad de acuerdo al momento histórico) por la influencia del psicoanálisis desde la década de 1930 en adelante. El enfoque conceptual del psicoanálisis, y su práctica clínica, modificó sustancialmente la psiquiatría, las psicoterapias y el desarrollo de la psicología profesional a partir de finales de la década de 1960 en adelante (Dagfal, 2009; Plotkin, 2003; 2006). A ello

[7] Esta asociación local, ampliamente extendida en términos simbólicos en nuestro país, resulta llamativa ya que en términos estrictos de acreditación académica la titulación extendida por las carreras de psicología es la de una licenciatura en psicología, mientras que para adquirir la certificación como psicoanalista se debe estudiar en otros ámbitos educativos relativos al espacio psicoanalítico.

se sumó, en las décadas de 1970 y 1980, la promoción de alternativas bio-psico-sociales y comunitarias como un abordaje más integral de las dolencias mentales conjuntamente con el movimiento de la desmanicomialización que adquirió mayor centralidad a finales de la década de 1990 (Faraone, 1993; 1995; Galende, 1983; Guinsberg, 2007; Jervis, 1972).

En relación a la conformación de las distintas disciplinas intervinientes al interior del terreno psicoterapéutico en nuestro país, señalo la existencia de reticencias generalizadas por parte de la psiquiatría clínica hacía el psicoanálisis hasta principios de la década de 1930. Para ese entonces comienzan ya a advertirse las primeras recepciones de los conceptos psicoanalíticos en la Universidad de Buenos Aires, debido a la crisis que experimentara la psiquiatría asilar y la psiquiatría orgánica. Estas últimas basaban sus tratamientos en el paradigma tradicional de la clínica psiquiátrica que se orientaba por el diagnóstico por herencia y degeneración de las enfermedades mentales (Falcone, 2006; Plotkin, 2003; Rossi, 2006).

En el año 1927 se crea la llamada Liga de Higiene Mental en respuesta a dicha crisis y se propone la reestructuración de los servicios destinados al abordaje de la enfermedad mental por medio de la creación de nuevos espacios de tratamiento, orientados a servicios abiertos, dispensarios separados de los hospitales psiquiátricos y servicios de pre-internación. Estos nuevos modos de atención promovieron las prácticas psicoterapéuticas, las cuales comenzaron a ocupar el lugar vacante generado por el repliegue de la psiquiatría anátomo-patológica (Falcone, 2006; Plotkin, 2003; Vezzetti, 1985).

Algunos pocos médicos/as psiquiatras fueron pioneros en acercarse a las nuevas prácticas psicoterapéuticas, considerándolas una alternativa para atender a los nuevos pacientes, en un contexto de cambios y ante la insuficiencia de las técnicas ortodoxas. Bajo este contexto de innovación en las prácticas de cuidado y tratamientos del sufrimiento psíquico, a partir de la década del 30, comenzará un proceso de institucionalización de nuevas prácticas profesionales, entre ellas la clínica psicoanalítica, generándose una relación entre medicina y psicoanálisis. Cabe mencionar que para aquel entonces aún no existía la psicología como profesión propiamente dicha (Falcone, 2006; Rossi, 2006).

Entre los años 1936 y 1938 un pequeño grupo de médicos, entre los cuales había algunos pocos psiquiatras[8], se disponen a formarse en los lineamientos del psicoanálisis. Este proceso de incorporación de la perspectiva psicoanalítica en el espacio medico iría extendiéndose con el paso de los años, dando lugar a que dicha disciplina psicoterapéutica alcanzara luego una posición relevante dentro del movimiento de renovación de la medicina mental local (Plotkin, 2003).

Hacia el año 1942 se funda la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), en un contexto donde el ejercicio inicial de la clínica psicoanalítica en nuestro país fue realizado minoritariamente en los espacios hospitalarios. Más adelante habría cierta incorporación, a finales de la década de 1950, con la experiencia de Goldemberg en el Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús y otras. Pero lo cierto es que la clínica psicoanalítica, durante las décadas siguientes, se asentará y proliferará mayoritariamente en el ámbito de los consultorios privados (Dagfal, 2009; Falcone, 2006; Plotkin, 2003; 2006).

Según Plotkin (2003) la convergencia gradual producida a lo largo de la década de 1960 entre psicoanalistas que orientaron sus intereses hacia las problemáticas sociales y psiquiatras que comenzaban a cuestionar fuertemente la psiquiatría tradicional, ayudo a la difusión del psicoanálisis otorgándole gradualmente un rol central en la renovación de la psiquiatría. Este enfoque teórico era percibido como un componente esencial de la modernidad, el cual asentaba crecientemente sus raíces en la cultura argentina.

Estas renovaciones en el ámbito de la terapéutica de las dolencias psíquicas permitieron la emergencia de una comprensión de las mismas desde un enfoque que ya no consideraba a la psiquiatría como saber exclusivo inherente al trabajo terapéutico del sufrimiento psicoemocional. La salud psicológica comenzaría a ser considerada como una faceta del bienestar general y por lo tanto debía ser tratada desde distintas perspectivas provenientes de disciplinas diferentes. Esto último animó a los/as médicos/as a prestar mayor atención a la dimensión psicológica de las enfermedades y la terminología *psi* comenzó a expandirse en el lenguaje clínico.

[8] Cabe mencionar como ejemplo que Rascovsky era pediatra.

Para mediados de la década de 1960 el psicoanálisis era el único abordaje no somático sólidamente establecido en el país, el cual, debido a la renovación del sistema de Salud Mental, logró adentrarse en ámbitos que hasta entonces eran patrimonio del *establishment* psiquiátrico (Plotkin, 2003).

Esta génesis relacional entre medicina, psiquiatría y psicoanálisis, si bien experimentó resistencias en sus inicios, con el paso de los años se fue articulando y la convivencia e interacción entre ambos saberes termina influyendo en la inserción de la psicología como profesión y como saber experto dentro del terreno de las psicoterapias. Esta articulación se fue gestando varias décadas antes de la creación de la carrera de psicología, que tuvo lugar en el año 1957 en la Universidad de Buenos Aires, y la creación de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA) que fue fundada en el año 1962.

A pesar de la emergencia de la disciplina psicológica en el espacio del tratamiento de las dolencias psicoemocionales, la resolución Carrillo (Nro. 2282) del año 1954 (vigente hasta 1967) facultaba para el ejercicio de la psicoterapia (inclusive el psicoanálisis) sólo a los/as profesionales médicos/as, reglamentando el ejercicio profesional de la psicología bajo la categoría de auxiliares de la medicina, es decir, como una actividad básicamente de colaboración hacia el/la médico/a.

Los/as primeros/as psicólogos/as realizaron un gran esfuerzo para incluirse y ser aceptados social y profesionalmente con sus conocimientos y habilidades (Diamant, 2009). Durante años en la Argentina la psicología ha sido sinónimo de psicoanálisis a pesar de que los egresados de las carreras no estuvieron legalmente autorizados a ejercer ningún tipo de psicoterapia, hasta 1985 donde los/as médicos/as pierden el monopolio del ejercicio legal de la terapia y debieron comenzar a compartirla en términos formales con los/as psicólogos/as.

Diamant (2009) en su trabajo referente a los recorridos iníciales de la construcción de la identidad profesional de los/as psicólogos/as en nuestro país, aborda las narrativas de protagonistas y testigos sobre los inicios de la formación académica profesional de los/as primeros/as psicólogos/as graduados/as durante la década del 60. El caso particular local, a diferencia de otros países, radica en que estos/as psicólogos/as debieron afrontar el desafío de conformar una identidad

profesional nueva en medio de un terreno disciplinario preexistente, el cual era habitado, como describí, por médicos/as, psiquiatras y psicoanalistas. Una de las primeras dificultades que estos estudiantes de psicología afrontaron, en cuanto a la experiencia de identificación para la constitución de una identidad profesional, fue que los profesores convocados en los inicios de la carrera solían ser médicos/as y psicoanalistas[9], no psicólogos/as. Ello se debía a que las carreras acababan de crearse, complicando inicialmente la identificación con un rol profesional claro (Dagfal, 2009; Diamant, 2009; Plotkin, 2003; Rossi, 2006).

Dichos médicos/as psicoanalistas no sólo formaban a los/as futuros/as nuevos/as psicólogos/as en el ejercicio de la psicoterapia, sino que también delineaban las orientaciones iníciales y las especializaciones de la formación académica de las carreras de psicología, como así también la orientación del rol de los/as psicólogos/as excluyéndolos/as del ejercicio legitimo y legal de la practica psicoterapéutica (Dagfal, 2009; Diamant, 2009; Plotkin, 2003; 2006; Rossi, 2006).

En un principio resultaba problemática no sólo la consolidación de una identidad profesional, sino también la inserción profesional de los/as psicólogos/as en el ámbito médico psicológico debido a las serias dificultades para acotar la exclusividad del contenido que abordaría su disciplina, en parte por las múltiples consideraciones del enfoque de enseñanza (Diamant, 2009). A los/as primeros/as alumnos/as y graduados/as de dicha carrera les inquietaba en cierta medida la incertidumbre en cuanto a su rol profesional. Ellos/as sabían que querían dedicarse a una profesión para lo cual no estarían habilitados/as legalmente.

Los aportes de las investigaciones de Dagfal (2009), Diamant (2009) y Plotkin (2003; 2006) dan cuenta de las dificultades iniciales que experimentara la profesionalización de la psicología al carecer de una organización interna clara como disciplina en relación a los conocimientos con los cuales operaría, la forma en que mantendría su autonomía disciplinaria y los modos que implementaría para el control de su práctica profesional.

[9] El proceso fue bastante complejo como explican Dafgal (2009) y Plotkin (2003). Los/as estudiantes en parte presionaron para la incorporación de psicoanalistas en el cuerpo docente, pero no necesariamente cualquier psicoanalista. Por ejemplo Garma fue vetado, no así Bleger.

El hecho de que la psicología fuera una disciplina en gestación, que debía insertarse en el amplio terreno de la terapéutica del sufrimiento psíquico (espacio ocupado predominantemente por otro tipo de profesionales) complicó la determinación respecto de quiénes constituirían el grupo profesionalmente acreditado para operar desde un saber emergente, dificultándose así el establecimiento de una clara identidad de oficio (Diamant, 2009; Dubar, 2002).

Las investigaciones de Lodieu y Scaglia (2006) referentes a la construcción de la identidad profesional de los/as psicólogos/as, analizan las representaciones profesionales de los/as estudiantes de la carrera de psicología de diferentes Universidades Nacionales, evidenciando un predominio de la orientación clínica como ámbito de elección profesional. Esta prevalencia del área clínica como concepción generalizada del ejercicio de la profesión psicológica, junto al desarrollo del psicoanálisis como enfoque conceptual y cultural en nuestro país, fue generando la cristalización de una representación social de los/as psicólogos/as que se caracteriza por un modelo asistencial individual basado teóricamente en el psicoanálisis. Estudios realizados por Torricelli y Leibovich de Duarte (2005) sobre residentes psicólogos/as y psiquiatras en nuestro país refuerzan el hallazgo relacionado con una perspectiva psicoterapéutica mayoritariamente individual desde un marco referencial predominantemente psicoanalítico. En líneas generales estas investigaciones plantean que la representación social con la que se suele encarar la actividad profesional de los/as psicólogos/as en Argentina se identifica con la práctica clínica, aún cuando se ejerza en ámbitos no clínicos. Así la representación social dominante de los/las psicólogos/as se ve objetivada en una serie de imágenes (el consultorio, el diván, el sillón) que materializan simbólicamente la disciplina psicológica con la figura del psicoanalista, anclando la psicología en el ámbito de la clínica médica y en la terapéutica propuesta por el psicoanálisis (Lodieu y Scaglia, 2006).

El concepto de representaciones sociales que sigue mi investigación se basa en comprenderlas como un sistema de valores, ideas y prácticas que permiten a los individuos establecer un orden y facilitar la comunicación, permitiendo a los miembros de una comunidad orientarse en el mundo social desde el uso de un código para nombrar y clasificar diversos aspectos de su mundo (Moscovici, 1979).

Por medio de la organización de las imágenes y el lenguaje los individuos realizan recortes y simbolizaciones que les permiten convertir ciertos actos y situaciones en cuestiones comunes para ellos.

Los aportes conceptuales de Moscovici (1979) sobre las representaciones sociales permiten comprender la relevancia de los conceptos de objetivación y anclaje. El primero refiere a la transformación de conceptos abstractos en imágenes, permitiendo que ciertas abstracciones teóricas pasen a ser elementos concretos del mundo social. El segundo remite a la asignación de sentido que permite insertar la nueva representación relacionándola con elementos previamente existentes en el universo simbólico.

En este sentido, y en el caso particular de la conformación de la identidad profesional de los/as psicólogos/as y su representación social dominante, la adquisición de una categoría profesional implica un proceso de socialización especifico normativizado acorde a las reglamentaciones de cada profesión, condicionadas estas últimas por los contextos socio-históricos. La socialización profesional implica el pasaje por una institución donde se desarrolla una programación sistematizada destinada al aprendizaje de los contenidos teóricos-prácticos de la profesión y de las normas ético-legales, junto al desarrollo de un conjunto de representaciones, entendidas como ideas, valores, imágenes y comportamientos que configuran la matriz simbólica de la profesión. En este proceso intervienen principalmente las instituciones de formación académicas, múltiples agentes socializadores como lo son el Estado, las asociaciones profesionales y los colegas (Dubar, 2001; 2002).

Al referirme a la estructuración del terreno profesional de la psicología, reviste vital importancia el dar cuenta de las características que fue adquiriendo la formación académica de la disciplina psicológica en nuestro país.

En la Argentina, aunque resulta cierto que inicialmente existieron expresiones de resistencia hacia la impronta psicoanalítica en la organización programática de las carreras de psicología, con el paso del tiempo el psicoanálisis fue ganando un lugar importante en el espacio de enseñanza académica de la psicología. A diferencia de otros países como Estados Unidos, donde la psicología

científica (experimental) ya era un campo de saber consolidado cuando surgió el discurso psicoanalítico, en el caso particular de Argentina el sostén de la psicología como conocimiento experto, estuvo con diferentes matices e intensidades, siempre asociado y/o relacionado al psicoanálisis, no así con la psicología científica experimental (Dagfal, 2009; Plotkin, 2003).

Según Plotkin (2003) el lugar central que adquirió el psicoanálisis en la enseñanza de la psicología fue el resultado de la combinación de dos factores: la existencia de una temprana tendencia hacia la tradición clínico-psicopatológica que facilitó la discusión e incorporación de las psicoterapias en el terreno psicoterapéutico y el declive de una psicología experimental que nunca terminó de afianzarse en nuestro ámbito local. Estos factores, junto al auge de la crítica anti-positivista, dejo la puerta abierta a teorías como el psicoanálisis. Por último, como señalé anteriormente, la ausencia de un dominio específico, válido y autónomo de la psicología como disciplina dificultó que la misma desarrollara su propio paradigma psicológico, permitiendo que el psicoanálisis cubriera cierto vacío teórico, proporcionando en principio un modelo profesional para las primeras camadas de psicólogos/as.

Lo reseñado hasta aquí advierte que, desde un principio, tanto la conformación de la identidad profesional de los primeros graduados de psicología, como la definición del dominio de la disciplina psicológica y su profesionalización, han sido igualmente problemáticas.

Lo cierto es que, para mediados de la década del 60, los estudiantes de psicología de la Universidad de Buenos Aires ya cursaban 11 materias obligatorias de orientación claramente psicoanalítica, siendo 7 de ellas dictadas por miembros de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).

Según Plotkin (2003) la psicología profesional en nuestro país se consolidó en un momento en el que el psicoanálisis ya era una profesión prestigiosa y atractiva, ya contaba con varios adeptos entre los/as médicos/as y psiquiatras en un contexto en el cual la profesión médica había logrado una hegemonía clara en el sector de la salud, reformulando y afianzando sus vínculos y relaciones corporativas con el Estado.

La negativa inicial por parte de algunos/as médicos/as de aceptar oficial y legalmente a los/as psicólogos/as como psicoterapeutas fue impulsando a los/as primeros/as psicólogos/as a desarrollar una identidad profesional más cercana a la de un/a intelectual que a la de un/a profesional integrante de la comunidad médica.

Esto permite comprender la llamativa receptividad que demostraron tener muchos/as psicólogos/as argentinos hacia el modelo francés del psicoanálisis, en especial por su orientación lacaniana caracterizada por su matriz teórica y no médica, la cual se transformaría en la corriente principal del psicoanálisis argentino.

Puedo argumentar, siguiendo a Plotkin (2003), que la amplia difusión del psicoanálisis en la Argentina, especialmente en la conformación socio-cultural de los sectores medios profesionales, connotó de manera particular el terreno de la psicología y la conformación de la identidad profesional de los/as psicólogos/as, generando que la mayoría de los/as mismos/as se identifiquen simbólicamente con la figura del psicoanalista y su práctica clínica (Lodieu y Scaglia, 2006).

De esta forma, los primeros estudios universitarios de psicología se producirían durante el período que va de 1955 a 1966, coincidiendo con el advenimiento de la autodenominada Revolución Libertadora, con el derrocamiento del presidente Arturo Illia y la intervención de las universidades públicas. Para Dagfal (2009) la paradoja radica en que dentro de esta franja temporal situada entre dos golpes de Estado tuvo lugar una asombrosa renovación social y cultural, que dio lugar a la posterior democratización de las universidades, junto a un proceso de modernización de los planes de estudio y la contratación de nuevos profesores.

En solo dos años, entre 1957 y 1959 se crearon las carreras de psicología en cinco universidades nacionales: Buenos Aires (1957), La Plata, Córdoba y San Luís (1958) y Tucumán (1959). En esta época personas como Enrique Pichón Rivière y José Bleger lograron mucha popularidad simbolizando en sus trabajos y propuestas terapéuticas las convergencias, articulaciones y transformaciones evidenciadas en el abordaje de las dolencias psíquicas (Dagfal, 2009; Plotkin, 2003; 2006). Por su parte personajes como Enrique Butelman, Jaime Bernstein y Gino Germani, desde sus actividades como intelectuales, docentes y editores, tuvieron un rol decisivo en la constitución de un público ampliado para la disciplina y profesión psicológica en gestación. Ellos fueron quienes promovieron tempranamente, al

interior de las carreras de psicología, un nuevo paradigma psicosocial de inspiración psicoanalítica, el cual fue paulatinamente acuñado con agrado por la mayoría de los nuevos estudiantes, quienes veían con simpatía la adopción de un psicoanálisis más progresista, menos ortodoxo y más cercano a las ciencias sociales (Dagfal, 2009).

1.2. ¿Dominancia psicoanalítica o diversificación de prácticas terapéuticas?

A partir de la década de 1980, en términos estrictos de la matriz interpretativa de los sufrimientos psíquicos y su abordaje terapéutico, el panorama del terreno psicoterapéutico en el Área Metropolitana de Buenos Aires comenzó a transformarse, en parte, por la creciente difusión de las terapias cognitivas-conductuales. Este abordaje psicoterapéutico modificó el horizonte cultural de la experiencia psicológica hacia un nuevo escenario donde el psicoanálisis no detenta el monopolio exclusivo de la práctica psicoterapéutica profesional y mucho menos la interpretación univoca de las dolencias psíquicas. Aún en este contexto, la representación social dominante sobre el rol y la profesión de los/as psicólogos/as sigue asociando a estos/as profesionales con la figura del psicoanalista y una práctica clínica anclada en las premisas del psicoanálisis.

En este sentido, desde la década de 1980, existe un aumento de la matricula de profesionales *psi* interesados en cursos y seminarios sobre especialización de terapias y perspectivas cognitivas-conductuales, inclusive en aquellos formados inicialmente en las premisas teóricas del psicoanálisis. No puede escindirse la creciente importancia del abordaje cognitivo-conductual en el Área Metropolitana de Buenos Aires de las transformaciones sociales y económicas asociadas al despliegue del capitalismo neoliberal a partir de la década de 1990 (Del Monaco, 2020; Fernández Álvarez, 2008; Keegan, 2007 y 2012; Korman, Viotti y Garay, 2010)

Paralelamente a las transformaciones del terreno institucionalizado de las psicoterapias que desarrollé anteriormente, otro factor importante en la pérdida de

dominancia psicoanalítica, resulta ser la emergencia de movimientos contraculturales (como el del Potencial Humano y la Psicología Humanística). Esto promovió, inclusive en el ámbito psicoterapéutico local, el surgimiento de nuevas terapias no convencionales inscriptas en el marco del movimiento *New Age* (Carozzi, 2000; Gorbato, 1994).

Desde la década de 1980 se expandieron una variedad de terapias no psicoanalíticas que se presentan, por lo menos desde lo discursivo/conceptual, como instancias de auto-conocimiento y auto-transformación, que dicen promover la autonomía del paciente, su protagonismo en la sanación y una reducción del rol central del terapeuta. Las mismas aspirarían a que el individuo se encuentre consigo mismo, con su *interior perfecto*, pretendiendo minimizar los sentimientos de culpabilidad, y valorizando la conexión del individuo con la naturaleza como motor de la salud y transformación, tanto individual como colectiva (Carozzi, 2000).

La búsqueda de bienestar y autorrealización a través del uso de terapias no convencionales (o también denominadas alternativas), en un contexto de integración y diversificación de la oferta psicoterapéutica, permitieron la emergencia de un nuevo tipo de especialista *psi* que integra a su formación psicoterapéutica convencional, técnicas espirituales y corporales del cuidado de sí, procurando trabajar desde una concepción más holística de la salud (Borda, 2015; Freidin y Borda, 2015) .

En este sentido la conceptualización sobre las terapias y medicinas alternativas y/o complementarias, que son integradas por dichos especialistas, representan un desafío. Según Freidin y Ballesteros (2011) dicho término representa un acrónimo utilizado por distintos organismos internacionales y agencias gubernamentales para definir residualmente (y por la negativa a la medicina oficial biomédica) una multiplicidad de sistemas médicos, prácticas de cuidado de la salud y productos que generalmente no se ubican dentro de la medicina y la terapéutica convencional. Los autores dan cuenta de la dificultad que presenta este tipo de definición debido al dinamismo del campo del cuidado de la salud, como así también en lo que respecta a los límites institucionales entre la medicina convencional y no convencional, los cuales varían en distintos contextos socio culturales, sumándose

también la dificultad en el plano conceptual de agrupar una diversidad de prácticas y saberes por el hecho de no ser ubicables dentro del paradigma médico terapéutico.

Por su parte Bordes (2010) y Bordes y Saizar (2014), siguiendo los aportes de Carozzi (2000) e Idoyaga Molina (2002), acuerdan que, sin desconocer la imposibilidad de hablar de una única perspectiva que agrupe todas las terapias alternativas, éstas constituyen un corpus común de conocimientos que implicarían definiciones de persona, de salud, de enfermedad y de diagnóstico terapéutico en el que las ideas de energía, holísmo, unidad, armonía y equilibrio, en la relación entre las personas y el mundo que las rodea, serían como conceptos centrales en las experiencias de curación. Se definen así a las terapias alternativas como aquellas prácticas terapéuticas, que siendo parte de los acervos tradicionales en sus lugares de origen, han sido integradas y difundidas en occidente como parte del fenómeno de la *New Age* y la globalización.

En lo que respecta a dicha conceptualización dentro del terreno *psi* local, la vacancia y dificultad de las conceptualizaciones sobre las terapias alternativas es aún mayor debido a la diversificación de la oferta psicoterapéutica y la multiplicidad de encuadres teóricos/clínicos que conviven e interactúan entre sí[10].

El horizonte cultural de la experiencia psicológica del Área Metropolitana de Buenos Aires ha experimentado dinámicos procesos de transformación en las últimas cinco décadas, lo cual ha generado un nuevo escenario donde el psicoanálisis comparte cada vez más la práctica psicoterapéutica profesional, y la interpretación de las dolencias psicoemocionales, con otros enfoques terapéuticos (Del Monaco, 2020; Korman, Viotti y Garay, 2010).

Siguiendo los debates precedentes, y siendo consciente de las dificultades y limitaciones que esta conceptualización presenta, he decidido guiarme por los términos nativos de las entrevistadas, las cuales desde su experiencia de integración y complementariedad terapéutica, prefieren mayormente referirse a las terapias y técnicas por ellas utilizadas como no convencionales más que como alternativas, aunque en ocasiones también suelen utilizar este término pero de manera más residual. Lo cierto, es que generalmente se refieren a sus pares que no están

[10] Cabe señalar que por ejemplo, al interior del mismo psicoanálisis, conviven e interactúan múltiples escuelas y diversas líneas de interpretación.

dispuestos a realizar una práctica terapéutica holística integradora como ortodoxos y/o convencionales[11].

Basándome en la convencionalidad académica que han adquirido dentro del terreno *psi* local, tanto el psicoanálisis como las terapias cognitivas-conductuales, he optado por utilizar el término terapias no convencionales para referirme a la multiplicidad de prácticas y técnicas terapéuticas llevadas a cabo por las entrevistadas en el desarrollo de sus trayectorias profesionales y el ejercicio de su práctica terapéutica integral y complementaria, las cuales no fueron aprendidas dentro del contexto de enseñanza académica formal, pero si las incorporan, articulan y complementan con las técnicas y enfoques psicoterapéuticos convencionales.

Lo reseñado hasta aquí permite pensar que tanto el desarrollo de la trayectoria profesional, como la conformación de la identidad profesional y la práctica terapéutica de los/as psicólogos/as locales, podrían llegar a adoptar en la actualidad variados caminos diferenciales con respecto a las premisas psicoanalíticas que suelen configurar la representación social dominante de la práctica psicoterapéutica en Argentina. Lo que planteo es que el propio dinamismo inherente al trabajo de búsqueda, apropiación y significación de diferentes sistemas de saberes y enfoques teóricos por parte de los/as profesionales psicológicos/as, es una característica distintiva de su profesión y su práctica, lo cual habilita la experiencia práctica de una mayor diversidad de perspectivas de tratamiento y de profesionales *psi* para el abordaje de las dolencias psíquicas y la búsqueda de bienestar en la contemporaneidad.

Las particularidades reseñadas en este capítulo, en lo que respecta al proceso de desarrollo de la psicología como disciplina y profesión dentro del terreno *psi* local, junto al contexto socio histórico donde se desplegó dicho proceso, evidencian que dicho trabajo de significación y apropiación conceptual y práctica de la profesión psicoterapéutica se ve atravesada por ajustes, traducciones y continuidades entre las múltiples perspectivas que conforman el terreno *psi* local y el proceso de (re)interpretación de las dolencias psico-emocionales y las posibles opciones de tratamiento.

[11] Esta distinción nativa, que caracteriza la práctica terapéutica como integradora, holística, complementaria y no convencional, es desarrollada en el capítulo VI.

1.3. ¿Qué sabemos sobre integración y diversificación en el ideario psicoterapéutico?

En un reciente trabajo, Papalini (2014) aborda la relación actual entre las transformaciones culturales y las prácticas de cuidado desde el concepto de *culturas terapéuticas*, entendiéndolas como amalgamas de discursos, saberes legos y expertos, prácticas y creencias científicas y religiosas que conciben el malestar subjetivo y la dolencia física como sufrimiento sólo admisible en niveles muy bajos. Para la autora estas culturas propondrían una serie de recursos para estar bien de manera permanente, extendiendo la disponibilidad de un conjunto de saberes y técnicas de apoyo subjetivo.

A través de un proceso de diversificación e integración terapéutica, estas culturas incorporarían múltiples nociones popularizadas de distintas escuelas de psicología y neurociencias, así como también una amplia variedad de terapias alternativas, saberes tradicionales, creencias y supuestos *New Age* que se orientan al cuidado de sí.

Como señale en la introducción, la preocupación contemporánea por acrecentar el potencial psicológico de los individuos en función de alcanzar estilos de vida saludables, se ve expresada, según Rieff (1996), en toda una serie de nuevas técnicas psicológicas, o terapias alternativas post-freudianas, que revelarían la creciente emergencia de un orden social comprometido, cultural y económicamente, con el ideario de la autorrealización.

El imperativo cultural de la autorrealización, la búsqueda de autenticidad y la expansión personal -relacionados con los aportes de la Psicología Humanística y su vertiente más espiritual, el movimiento del Potencial Humano- se vendrían configurando desde fines del siglo XX y principios del siglo XXI, como sinónimo de salud y bienestar en un contexto de ampliación del terreno *psi*.

Al respecto son elocuentes las palabras de uno de sus referentes:

> En todo ser humano hay una voluntad activa que busca la salud, un impulso en pos del crecimiento, de la realización de las potencialidades humanas (...) las personas a las que llamamos enfermas son las personas que no son ellas mismas (...) el concepto de creatividad y el concepto de persona saludable, autorrealizada, completa, pueden estar acercándose más y más, y pueden resultar la misma cosa (Abraham Maslow, citado en Illouz, 2010: 206-207).

En este sentido, varios autores dan cuenta de las transformaciones del terreno médico psicológico en países como Estados Unidos y Francia, donde el modelo basado en el psicoanálisis freudiano fue en cierta medida influyente hasta mediados del siglo XX, perdiendo luego parte de su centralidad como paradigma explicativo de las dolencias psíquicas. La emergencia de movimientos contraculturales (como el del Potencial Humano y la Psicología Humanística) en parte cuestionaron la efectividad de las prácticas psicoanalíticas, dando lugar al surgimiento de nuevos enfoques terapéuticos y propuestas de cuidado orientadas hacia la búsqueda de bienestar (Castel et al., 1980; Castel, 1984; Illouz, 2010).

La actual diversificación de la oferta terapéutica relacionada con la búsqueda de bienestar y el tratamiento del sufrimiento psíquico hace que el modelo tutelar de la medicina mental clásica, como así también la clínica psicoanalítica, convivan e interactúen con lo que Castel et al. (1980) denominan el modelo del crecimiento psíquico.

En Latinoamérica, y en Argentina en particular, el pluralismo y la diversificación de la oferta de terapias y medicinas alternativas[12] (y/o no convencionales) ha sido documentado y abordado por diferentes analistas.

Una serie de estudios locales han abordado desde perspectivas cuantitativas y cualitativas experiencias relacionadas con las medicinas y terapias alternativas, en su mayoría desde la perspectiva de los usuarios. Estos estudios

[12] Cuando haga mención a la idea de medicinas y/o terapias alternativas, utilizaré esta categorización solo a los fines de ser preciso y justo con los términos y categorías utilizados por los autores citados. En lo que respecta a mi trabajo de investigación ya he justificado y aclarado que prefiero utilizar la idea de terapias no convencionales, categoría que utilizaré cuando exprese mis propias elaboraciones. Pero a los fines prácticos de la lectura, el lector puede tomar como sinónimos de un mismo fenómeno ambas expresiones.

abordan la conformación del circuito alternativo de Buenos Aires (Carozzi, 1999; 2000), la construcción de la identidad terapéutica alternativa (Bordes, 2009; 2010; Freidin, 2014; Freidin y Borda, 2015), el entrecruzamiento entre psicología, terapias alternativas y espiritualidad (Bordes y Saizar, 2014; Korman, 2007; 2011; Korman, Garay y Sarudiansky, 2008; Korman y Saizar, 2014; Viotti, 2010; 2014), la implementación de experiencias de tratamientos alternativos en espacios hospitalarios (Saizar, Bordes y Sarudiansky, 2011; Saizar y Korman, 2012), la difusión mediática de técnicas y saberes alternativos en relación al cuidado de sí desde una perspectiva holística e integral de la búsqueda de bienestar (D`Angelo, 2012; 2015), las (re)significaciones y apropiaciones de distintas prácticas de cuidado desde las premisas del movimiento *New Age* (Frigerio, 2013) y la autoayuda (Papalini, 2007; 2010; 2013; 2014), como así también el uso de medicinas y terapias alternativas desde una lógica de complementariedad terapéutica (Bordes, 2006; 2012; 2014; 2015; Freidin, 2017a; 2017b; Freidin y Abrutzky, 2010; Freidin y Ballesteros, 2011; Freidin, Ballesteros y Echeconea, 2013; Idoyaga Molina, 2002; 2007; Korman e Idoyaga Molina, 2010).

En cuanto al plano internacional, iré mencionando en este apartado, las investigaciones de Astin (1998), Castel et. al. (1980), Castel (1984), Cornejo y Blázquez (2013), Ehrenberg (2000), Heelas (2008), Illouz (2010), Luz (2005), Menéndez (2009), Sointu (2006; 2013) y Teisenhoffer (2008).

Investigaciones recientes, como las de Freidin y Ballesteros (2011) y D`Angelo (2012), han estudiado el abordaje mediático local sobre el crecimiento del mercado relacionado con la búsqueda de bienestar y la vida saludable asociado con las medicinas alternativas, las subculturas alimentarias y las terapias alternativas y/o complementarias.

Según D`Angelo (2012) la proliferación de medios especializados en terapias alternativas y la creciente industria editorial de autoayuda fue adquiriendo mayor visibilidad en los medios de comunicación desde los años 80, incorporando temáticas relativas a la búsqueda de bienestar y equilibrio emocional en secciones y suplementos de salud y calidad de vida en diarios y revistas no especializados. Dichos artículos periodísticos facilitaron la circulación de información sobre diversas terapias no convencionales (como el *reiki*, la bioenergía, la reflexología, el *shiatzu*),

disciplinas orientales de trabajo energético físico-mental (como el *tai-chi-chuan* y el *yoga*) y técnicas de respiración, relajación y meditación (inspiradas en tradiciones budistas o hinduistas, entre otras).

Esta oferta diversificada de terapias no convencionales son presentadas como herramientas válidas para alcanzar bienestar físico, emocional, mental y espiritual. El bienestar es representado como una búsqueda personal, como una meta a alcanzar, como un cuidado de sí desde las propias capacidades individuales para sortear las dificultades existenciales (D`Angelo, 2012).

Abordando en sus investigaciones el creciente fenómeno de la literatura de autoayuda, Papalini (2010) da cuenta de cómo la cultura contemporánea ofrece una larga serie de títulos que instruyen a los lectores en distintas alternativas de cuidado que los acercarán al ideal deseado, donde ser uno mismo y sentirse orgulloso de sí es una consigna generalizada.

Según la autora, los libros terapéuticos fomentan la individualización, atribuyendo el origen y desenlace de las distintas dolencias existenciales al ámbito personal, revelando así la imagen de una sociedad en la que la individualización y el aislamiento, por paradójico que parezca, son hechos que constituyen una experiencia colectiva. La autora los considera una biblioterapia, es decir, un tratamiento que utiliza a los libros como herramientas fundamentales en el aplacamiento de las dolencias y como guía para alcanzar una vida saludable.

Desde mi punto de vista, la proliferación de estas técnicas terapéuticas evidencian que el lenguaje psicológico se ha diversificado y entrelazado con los imperativos culturales contemporáneos de la búsqueda de felicidad y bienestar ampliado, la confianza en el potencial interior y la creencia en la capacidad de auto perfeccionamiento, configurando toda una oferta de terapias no convencionales que desde un enfoque de pluralismo terapéutico articula de forma ecléctica las premisas del discurso de la autoayuda y los aportes filosóficos del movimiento *New Age* con prácticas de reapropiación y (re)significación de múltiples técnicas psicoterapéuticas convencionales y no convencionales (Ehrenberg, 2000; Illouz, 2010; Lipovetsky, 2010).

Según Carozzi (2000) las prácticas alternativas de integración y complementariedad terapéutica se definen como instancias de autoconocimiento y autotransformación que promueven la autonomía del paciente, su protagonismo en la sanación y una reducción del rol central del terapeuta. Aspiran a que el individuo se encuentre consigo mismo, con su interior perfecto o chispa divina, minimizando los sentimientos de culpabilidad, y valorizando la conexión del individuo con la naturaleza como motor de la salud y transformación, tanto individual como colectiva.

La búsqueda de bienestar y autorrealización personal a través del uso de terapias no convencionales, en un contexto de integración y pluralidad terapéutica, fueron posicionando a un nuevo tipo de especialista que integra a su formación psicoterapéutica, técnicas espirituales y corporales del cuidado de sí, procurando trabajar desde una concepción más holística de la salud (Borda, 2015; Freidin y Borda, 2015).

Investigaciones realizadas en diferentes países coinciden en que principalmente los usuarios de estas propuestas terapéuticas suelen ser personas de clase media y alta, urbana y con altos niveles educativos (Astin, 1998; Carozzi, 2000; Castel et al., 1980; Castel, 1984).

Con el paso del tiempo, la perspectiva holística del cuidado de sí, fue consolidando un proceso de integración entre psicoterapias y prácticas espirituales, lo cual generó una articulación cada vez más frecuente entre el espacio *psi* y el religioso, permitiendo una progresiva psicologización de las experiencias espirituales (Carozzi, 1999; Heelas, 2008; Viotti, 2010; Teisenhoffer, 2008). Esta psicologización es considera actualmente como uno de los rasgos distintivos de la espiritualidad desinstitucionalizada (Heelas, 2008), observándose también cierta sacralización de la psicología entre los practicantes de distintas terapias *New Age* y los lectores de la literatura de autoayuda (Cornejo y Blázquez, 2013; Viotti, 2010; 2014).

El movimiento *New Age* tomando ciertos valores culturalmente admitidos, los transpone en clave de un lenguaje religioso en medio de un proceso de radicalización y sacralización. Junto al progresismo, valores como la libertad, la autenticidad, la responsabilidad individual, la autosuficiencia, la armonía, la paz, la expresión creativa, el *self*, el individuo como autoridad, la fe en el cambio, la

desconfianza hacia la tradición, la liberación del disciplinamiento social, la revalorización de la naturaleza y el cuerpo, terminan ocupando un lugar central en los circuitos terapéuticos no convencionales.

Aunque el movimiento *New Age* no pueda ser considerado una genuina reacción a la modernidad, es sin dudas una innovación religiosa moderna. Desde sus premisas filosóficas y prácticas terapéuticas promueve una creciente sacralización de la autonomía basada en la fe de la autosanación y la autorrealización personal a través de la creencia en la existencia de un ser interior perfecto dentro de la persona que podría conducirla a una transformación espiritual personal y colectiva, estableciéndose así una especie de religión del *self* (Heelas, 2008).

Siguiendo a Carozzi (2000) y Frigerio (2013) prefiero no definir al movimiento *New Age* desde un mero listado de prácticas alternativas de cuidado, sino más bien como un marco interpretativo desde el cual emergen principios comunes para desplegar prácticas de apropiación, reinterpretación y usos *New Age* de múltiples prácticas terapéuticas y religiosas.

Sus núcleos de ideas centrales son: la circulación y búsqueda permanente como señal de cierto estado de apertura espiritual, la experimentación personal como criterio de validación de una verdad estrictamente subjetiva en relación a una valoración positiva de las alteridades, la transformación o la sanación personal como fin deseable y criterio de la eficacia de un conocimiento o un ritual y la sacralización de la autonomía o existencia de un *self* sagrado (Carozzi, 1999; 2000; Cornejo y Blázquez, 2013; Frigerio, 2013).

A diferencia del esoterismo del siglo XIX, la *New Age* y su espiritualidad naturalista toman distancia del gnosticismo para desplazarse hacia la terapéutica relacionada con el cuidado de la salud y el desarrollo personal (Cornejo y Blázquez, 2013), permitiendo la proliferación de propuestas de cuidado más pluralistas, holísticas e integrales que se inscriben dentro de un nuevo paradigma contemporáneo del cuidado personal y la búsqueda de equilibrio emocional y bienestar[13].

[13] Si bien hasta aquí he reseñado una multiplicidad de prácticas terapéuticas y diversos movimientos (como la New Age, el holísmo, el potencial humano, la psicología humanística, la literatura de

En base a éstas reflexiones considero que, en un contexto cultural que normativiza la iniciativa personal de la autorrealización como sinónimo de buena vida, las actuales (re)significaciones de las prácticas terapéuticas orientadas hacia el cuidado de sí, desde la estima personal, evidencian -y en esto coincido con Lipovetsky (2010)- un desplazamiento hacia una nueva dinámica de *embodiment* de los placeres. Una nueva dinámica en la que se asocian híbridamente las dimensiones corporales, psicológicas, emocionales y espirituales en pos de alcanzar un bienestar amplio, cualitativo y reflexivo que remite a la atención de uno mismo a través del registro y consumo de sensaciones placenteras.

La promoción de nuevas ofertas y demandas de prácticas sensualistas del cuerpo y la psiquis, hacen que la idea de bienestar trascienda la esfera material, para conducirla hacia la búsqueda de un bienestar representado por una nebulosa psico-corporal de orientación hedonista (Lipovetsky, 2010; Sointu, 2006; 2013).

Los trabajos de investigación precedentes hasta aquí reseñados, dan cuenta de la emergencia de toda una serie de prácticas terapéuticas no convencionales que se articulan e interaccionan con las terapias convencionales en la terapéutica orientada hacia el abordaje del sufrimiento psicoemocional. Este fenómeno contemporáneo ha sido poco estudiado por las Ciencias Sociales en el terreno específico de la psicología local. Teniendo en cuenta el clima de época descrito en la introducción, la línea de investigación que propongo, dentro de este contexto de conocimiento sobre la temática, es abordar las experiencias de integración y complementariedad terapéutica desde un análisis que las comprende como una expresión terapéutica actual que se articula con el imperativo cultural de la expansión personal y la autorrealización como ideario de bienestar deseable.

autoayuda, el espiritualismo, etc.) tengo presente que desde sus particularidades y diferenciaciones pueden representar fenómenos disímiles entre sí. Sin embargo, considero que se trata de fenómenos que se encuentran atravesados por un mismo hilo conductor: el imperativo cultural de la expansión personal.

2. Capítulo II. Terapias y terapeutas, hacia una comprensión sociológica de la búsqueda del bienestar

El hombre es lo que hace, con lo que hicieron de él

(Jean Paul Sartre)

El enfoque teórico de esta tesis pone en dialogo aportes surgidos de la sociología de las profesiones con la sociología de la individuación y perspectivas constructivistas sociológicas y de la psicología social, junto a propuestas post-estructuralistas de los estudios culturales, enmarcando esta integración en debates más generales sobre la construcción identitaria y los procesos del *self* en la modernidad tardía.

A continuación desarrollo los aportes conceptuales que guían el diseño de mi investigación y el enfoque interpretativo del análisis en dos grandes categorías analíticas: por un lado el carácter procesual de la subjetividad humana que implica la comprensión de las terapias como espacios que pueden promover la creatividad social en medio de los desafíos que presentan las sociedades occidentales contemporáneas, y por otro lado las implicancias del estilo de vida, la reflexividad y el trabajo de construcción identitario en las decisiones orientadas hacia el cuidado de la salud y el desempeño profesional.

2.1. Las terapias como espacios de creatividad social

Para comprender el posicionamiento conceptual de mi tesis resulta central entender que en el contexto de transformaciones socio-culturales relacionadas con el cuidado

de sí y la búsqueda de bienestar, las nuevas técnicas de intensificación psicológica revelarían una recomposición del conjunto de nociones sobre lo normal y lo patológico (Castel, 1984). Pueden interpretarse, desde una perspectiva sociológica, como la actual traducción clínica de una normativa social que ha relajado sus lazos con la culpabilidad y la disciplina para anclarse cada vez más en los imperativos de la responsabilidad individual y la iniciativa personal en búsqueda de la expansión personal (Ehrenberg, 2000).

Mi posición conceptual acuerda con González Rey (2009) cuando, desde una perspectiva psicológica histórico-cultural de los procesos de subjetivación y de la práctica psicoterapéutica, sugiere que el sujeto en su acción es una fuente potencial de creatividad social, donde el sentido subjetivo siempre se encuentra asociado a la acción contextualmente situada.

El carácter procesual de la subjetividad humana hace que ésta sea un sistema en constante desarrollo que posibilita la emergencia de nuevas alternativas de subjetivación. Entiendo que estas alternativas tienen límites definidos por los sentidos dominantes inherentes a la subjetividad social de un contexto socio-histórico determinado. Aún así estos límites no deben ser comprendidos como barreras absolutas, sino como un estado de tensión y negociación entre la subjetividad individual y la subjetividad social que puede adquirir nuevas y variadas formas. Estas afirmaciones resultan sumamente relevantes para mi enfoque analítico, ya que me permiten concebir al sujeto de mi investigación como capaz de generar un espacio propio de subjetivación en sus diferentes contextos de actividad.

En este sentido, desde una perspectiva sociológica que articula los conceptos de agencia y estructura, Giddens (1995; 2011) considera que los agentes sociales son capaces de registrar reflexivamente sus acciones. Sus conceptos de conciencia discursiva y conciencia práctica remiten a esta capacidad. El primero plantea que los agentes son capaces de dar cuenta de las razones de sus acciones a través del lenguaje. El segundo supone la utilización de conocimientos prácticos incorporados en el transcurso de las acciones cotidianas que no son susceptibles de una explicación racional discursiva.

El registro reflexivo de la acción por parte de los agentes sociales es entendido por Giddens (1995; 2011) en términos de procesos cognitivos situados en contextos de interacción social. Las actividades humanas serían continuamente recreadas por agentes reflexivamente competentes, insertos en una estructura social, que si bien puede constreñir las prácticas sociales, también habilita la emergencia de nuevas formas de acción social e individual. El fluir de las acciones humanas puede producir consecuencias no buscadas por los actores sociales, dando origen así a condiciones inadvertidas de la acción, lo cual permite un dinamismo de la vida social, donde la acción de los agentes no solo reproduce la estructura social, sino que también la transforma y actualiza.

En este sentido, el marco conceptual de mi tesis, para abordar las experiencias de pluralismo e integración terapéuticas sigue las premisas detalladas sobre la agencia y estructura de Giddens (2011). Asimismo se incorpora la perspectiva de la Salud Colectiva brasilera, en particular con su noción de cuidado integral, la cual me habilita a pensar las prácticas de integración y/o complementariedad terapéutica desarrolladas por las psicólogas entrevistadas, desde una perspectiva integral que privilegia la dimensión de alteridad del sujeto (Ayres, 2011; Pinheiro, 2007; 2010).

El cuidado integral se presenta como un valor que orienta la comprensión del ser humano como una totalidad, y al abordaje de su salud como un derecho de ser. Siguiendo a Pinheiro (2007; 2010) lo que acontece en el campo de las prácticas de cuidado de la salud tiene connotaciones políticas, debiéndose respetar el modo en que los sujetos conciben, organizan y valorizan su vida. Considerar las diversas prácticas de cuidado supone una perspectiva integral del ser que plantea una ruptura epistemológica y política según la cual los sujetos conforman una totalidad donde se integran el cuerpo, el alma, el espíritu y sus condiciones socio históricas, junto con la alteridad humana y el respeto de las diferencias en lo que respecta al cuidado de la salud psicoemocional, no reduciendo el análisis a los discursos y prácticas de cuidado dominantes.

Mi enfoque conceptual apunta a rescatar, desde la voz de los propios actores sociales, las percepciones en torno al cuidado de sí en terapeutas que han

optado por brindar a sus pacientes tratamientos no convencionales, holísticos e integrales del cuidado de la salud emocional.

La presente propuesta teórica aporta herramientas conceptuales que permiten construir conocimientos en base al abordaje analítico de los datos empíricos surgidos de las entrevistas realizadas, otorgando visibilidad al pluralismo terapéutico y a las diversas prácticas de cuidado que se encuentran invisibilizadas por la dominancia psicoanalítica del espacio psicoterapéutico local (en lo que respecta a la comunicación institucional de la oferta de tratamientos psicoterapéuticos y a la representación social del rol de los/as psicólogos/as).

Dar visibilidad a estas prácticas no dominantes no implica demonizar el modelo psicoanalítico, sino brindar aportes desde la investigación social que permitan repensar el derecho al cuidado de sí desde perspectivas que tengan en cuenta la diversidad y el pluralismo terapéutico, como así también el despliegue de una práctica terapéutica integradora ligada a la construcción de la identidad profesional y a la diversidad de estilos de vida.

De esta forma la perspectiva teórica elegida para este estudio permite desarrollar un abordaje poco trabajado en el campo de investigaciones sociales referidas al terreno *psi* local. En este sentido analizo la articulación existente entre el emergente uso de terapias no convencionales en el contexto socio-cultural de la modernidad tardía y una de sus principales características: el despliegue del proyecto reflexivo del *self* (Giddens, 1995) en términos del cuidado de la salud psicoemocional.

En este sentido algunos enfoques teóricos entienden a las psicoterapias como una oferta moderna orientada a solucionar las dolencias psicoemocionales, o como un fenómeno de sustitución de formas sociales o morales de control tradicional (Foucault, 2008; Lasch, 1999; Rieff, 1996). Entendiendo la importancia de estos aportes, mi propuesta conceptual es concebirlas como un fenómeno inherente al despliegue de la reflexividad contemporánea que se articula con la conformación del estilo de vida y el derecho al cuidado integral de la salud.

Mi análisis sobre la diversificación actual de la oferta psicoterapéutica, y en particular de las terapias en sí mismas como prácticas de cuidado (sean estas

convencionales o no), se basa en una perspectiva que entiende a las psicoterapias como una expresión específica de dilemas relacionados con las transformaciones socio-culturales contemporáneas[14]. Como bien lo señala Giddens (1995) representan un fenómeno de la reflexividad moderna. Desde una perspectiva que relativiza su carácter de mero mecanismo de ajuste social, se pueden observar en las prácticas terapéuticas las dislocaciones e incertidumbres inherentes a los procesos socio-culturales actuales.

Coincido con la apreciación de Giddens (1995) en cuanto a que las terapias pueden fomentar tanto la dependencia y la pasividad, como el compromiso y la reapropiación, porque considero que en el espacio terapéutico se despliegan prácticas y reflexiones donde la reproducción de las configuraciones subjetivas dominantes es una posibilidad tan probable como la emergencia de la capacidad creativa de los sujetos, la cual posibilita la generación de nuevos sentidos subjetivos alternativos que pueden llevar a una modificación de sus proyectos vitales. La posibilidad de ambas experiencias terapéuticas representa, desde mi punto de vista, aspectos congruentes con el dinamismo inherente a la vida social misma.

La particularidad de mi investigación radica en haber orientado el abordaje de la temática desde la perspectiva de los profesionales psicoterapéuticos, ya que son escasas las investigaciones sociológicas referidas a las experiencias de psicólogas que desarrollan una práctica terapéutica integradora desde el uso de terapias no convencionales dentro del terreno *psi* local.

En cuanto a la originalidad del estudio remite a trabajar este tema en relación con transformaciones socio-culturales más amplias referidas a los imperativos culturales de la expansión personal y la responsabilidad individual en la iniciativa personal de la autorrealización como horizonte deseable de la búsqueda de bienestar y los estilos de vida saludables ante el sufrimiento psíquico actual.

2.2. Los terapeutas y el trabajo identitario en el terreno profesional

[14] Estas transformaciones fueron detalladas en la introducción.

Los conceptos teóricos que se detallan a continuación, no solo exponen el constructo teórico que guía el abordaje del objeto de estudio, también representan el dialogo e interacción lógico con el diseño de la investigación en términos de su estrategia metodológica al haber optado por la vertiente de los relatos de vida dentro del enfoque biográfico y las premisas epistemo-metodológicas del pragmatismo que guían la estrategia de análisis de los datos[15].

En este sentido sostengo que resulta necesario concebir la construcción de la identidad como un producto histórico y social, lo cual implica epistemológicamente desnaturalizar cierta lógica moderna del sujeto auto-centrado en términos esenciales, reconociendo la existencia de diversas multiplicidades en lo que a producciones de subjetividad respecta (Fernández, 2007).

Desde la perspectiva de los estudios culturales, la identidad en las sociedades contemporáneas no sería algo fijo, ni permanente en esencia, sino un proceso en continua construcción, transformación y fragmentación que da origen a la multiplicidad (Hall, 2011). La unidad del *self* tendría cierto carácter ficcional, producto de una narrativa identitaria que le otorgaría una coherencia narrativa (Ricoeur, 1986; 1996).

Si bien el proceso de construcción identitaria se presenta descentrado, fragmentado y en continuo proceso de formación, los sujetos viven su identidad como un todo mediante la narración de tramas argumentales que hacen inteligible su existencia, para sí y para los demás, realizando un trabajo activo sobre sus recuerdos a través de la memoria-acción (Ricoeur, 1986; 1996; 2004). La identidad es una construcción nunca acabada, abierta a la temporalidad y la contingencia, una posicionalidad relacional sólo temporalmente fijada en el juego de las diferencias y en el proyecto reflexivo del sí mismo (Giddens, 1995; Hall, 2011). La dimensión narrativa de la identidad nos muestra que la misma se construye desde la interdiscursividad social (Arfuch, 2002).

Refiriéndose a las particularidades que adquiere el proceso de identificación en el trabajo de construcción identitaria contemporáneo, Claude Dubar (2002) describe cómo, en las experiencias biográficas y relacionales de los individuos,

[15] Estos aspectos relativos a la estrategia metodológica y el diseño de la investigación se detallan en el capítulo III.

conviven e interactúan identificaciones orientadas *para otros* con otras orientadas *para sí*. Las primeras forjarían una forma identitaria de tipo comunitaria y estatutaria, donde predominaría el nosotros sobre el *self*, el cual se configuraría como un *self* nominal producto de la pertenencia a un grupo local y la herencia cultural, definiendo su identidad en y por las interacciones en un sistema social instituido. Las segundas se caracterizan por los cuestionamientos que los individuos pueden llegar a realizar sobre las identidades atribuidas socialmente debido a la identificación con un estilo de vida y al ejercicio de una conciencia reflexiva.

El compromiso con un proyecto de vida cargado de sentido subjetivo implicaría la identificación con un grupo de pares que comparten un mismo estilo de vida. En este caso, la unidad del *self* referiría a la capacidad discursiva del sujeto para argumentar la identidad reivindicada desde su propia reflexividad (Dubar, 2001; 2002; Giddens, 1995). Según Dubar (2002) en la actualidad tomarían mayor protagonismo las formas de identificación y socialización de tipo societaria, permitiendo que en las relaciones *self*-nosotros exista un mayor espacio para el *self*, configurándose así una preeminencia de la identificación para sí sobre la identificación para otros.

En este sentido, el enfoque conceptual que propongo en términos de la agencia social y la construcción identitaria, considera que actualmente el proceso de apropiación de recursos y de construcción de referencias en los procesos de identificación se complejiza debido a que los mecanismos de identificación son cada vez más diversos. Dada la actual pluralización de valores y la creciente heterogeneidad de los estilos de vida, la identidad personal resulta una configuración dinámica de un conjunto de identificaciones a las que el proyecto de vida articulado narrativamente les otorga coherencia interna (Dubar, 2002; Giddens, 1995).

El imperativo cultural que promueve un tipo de individuo trayectoria (Ehrenberg, 2000), el cual se ve impulsado a la conquista de su identidad personal bajo un contexto social signado por diversidad cultural y la multiplicidad de opciones de estilo de vida, habilita nuevas formas de relación con el trabajo y la profesión (Dubar, 2002).

El concepto de *estilo de vida* es definido en el presente enfoque conceptual como el conjunto de prácticas que un individuo adopta, no sólo porque satisfacen necesidades utilitarias, sino porque dan forma material a una crónica concreta de su identidad. Desde ésta acepción implica aquellas decisiones referentes, no sólo a cómo actuar, sino a quién ser, y están abiertas al cambio en función de la naturaleza móvil del proceso de construcción identitario (Giddens, 1995).

Desde estas afirmaciones propongo que los individuos, desde sus trayectorias y experiencias biográficas, podrían experimentar (re)significaciones en cuanto al destino colectivo impuesto por un tipo de titulación profesional, posibilitando así nuevas y diversas maneras de pensar, sentir y vivir la actividad profesional en la conformación de sus identidades de oficio (Dubar, 2002; Dubet y Martuccelli, 2000; Giddens, 1995).

Como Emirbayer y Mische (1998) lo enfatizan, la participación de los actores en contextos culturales, socio estructurales y psicosociales múltiples impactan en la diversidad de sus expectativas y conducen a una mayor reflexión en los cursos de acción a seguir, creando las condiciones para un trabajo identitario personal y ocupacional, que en cierta medida (y en algunas experiencias biográficas) puede resultar más autónomo.

Deaux y Martin (2003) plantean de manera similar que los sujetos pueden asumir las identidades normativas asociadas a una categoría social (en este caso el rol profesional), o bien buscar nuevas formas de identificación sobre la base de su participación en diversos contextos interpersonales y grupales. Las autoras destacan de este modo la posibilidad de la negociación identitaria, entendiéndola como un proceso dinámico de motivación enmarcado en oportunidades y limitaciones estructurales, pero no necesariamente determinada por ellas.

Partiendo de las conceptualizaciones sintetizadas en los párrafos precedentes, planteo que para comprender tanto las experiencias de integración terapéuticas llevadas a cabo por las psicólogas entrevistadas, como así también sus procesos de identificación con el rol profesional, es asimismo central atender al dinamismo propio del pluralismo terapéutico contemporáneo que presenta el terreno

psicoterapéutico profesional, el cual ha ampliado el horizonte de intereses y posibilidades de desempeño profesional y de prácticas de cuidado psicoemocinal.

Desde una perspectiva sociológica que se focalice en los procesos de individuación, el trabajo identitario debe comprenderse a partir de la profusión de texturas inherentes a la condición moderna, es decir, no debe tomarse al individuo mismo como el origen de la labilidad identitaria, sino a su interacción con la multiplicación de las texturas culturales y los diferentes estados sociales, convirtiéndose esta interacción en nuestro verdadero objeto de estudio (Martuccelli, 2007).

Considero que la identidad combina propiedades comunes -compartidas por un grupo de actores- y propiedades más individualizantes, por ello en mi enfoque conceptual, la dimensión específica de la identidad, es concebida como un constante ajuste de pertenencias situada entre las dimensiones sociales y las dimensiones personales que conforman los procesos de individuación. La identidad no sería tan solo un relato individual, sino también el resultado de una tradición que permite al mismo tiempo establecer nuestra singularidad personal e insertarnos dentro de una representación colectiva, donde la labilidad identitaria nunca será absoluta, ya que las identidades están contenidas por límites socio-culturales que las influencian con diferentes grados de intensidad (Martuccelli, 2007).

Si analíticamente parto del diferencial de las consistencias propias de las diversas identidades, las posibles variaciones en la conformación identitaria, pueden ser entendidas no solo como traducciones de aspectos psíquicos internos y/o estrategias de interacción, sino también como una dimensión del individuo intrínseca a la vida social moderna, considerando así a la identidad como aquello capaz de marcar lo que es único, mediante el ajuste continuo de lo que es común y compartido, con lo que es divergente y contingente.

En el contexto de la modernidad reciente, la respuesta a la pregunta ¿quién soy? es buscada activamente por los individuos en esta zona intermedia llamada identidad, la cual se presenta como una posibilidad abierta por la sedimentación o la proliferación creciente de texturas culturales y por la modificación constante de las

múltiples obligaciones, las cuales favorecen y toleran las expresiones cotidianas de diversas ficciones identitarias (Martuccelli, 2007).

Estas premisas conceptuales son aplicables analíticamente tanto al proceso de construcción de identidad que experimentan las psicólogas entrevistadas, como así también a las experiencias de integración y complementariedad terapéutica que ellas desarrollan en su vida profesional en relación con su elección de estilo de vida.

3. Capítulo III. Relatos y trayectorias desde un enfoque biográfico

La imaginación sociológica permite a su poseedor comprender el escenario histórico más amplio en cuanto a su significado para la vida interior y para la trayectoria exterior de diversidad de individuos, nos permite captar la historia y la biografía, y la relación entre ambas dentro de la sociedad
(C. Wright Mills)

3.1. Aspectos paradigmáticos y metodológicos del diseño de investigación

En términos epistemo-metodológicos esta tesis se enmarca dentro del paradigma interpretativo, cuyo núcleo central consiste en la búsqueda de la comprensión del sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los sujetos (Vasilachis de Gialdino, 2007).

Para la construcción y análisis de los datos sigo una estrategia metodológica cualitativa. Este tipo de estrategia, articulada con el paradigma interpretativo, me permite aproximarme analíticamente a los procesos de construcción de la experiencia social de los sujetos y a sus diversas vinculaciones con sus soportes materiales y simbólicos.

Las actividades de investigación se desarrollan de manera articulada respondiendo a un diseño flexible. Los datos producidos son descriptivos, mientras que el análisis temático de la información esta guiado por la premisa de captar reflexivamente el significado de la acción teniendo en cuenta la perspectiva de los sujetos estudiados (Maxwell, 1996; Sautu, 2003; Vasilachis de Gialdino, 2007).

Siguiendo la propuesta de Bertaux (1988; 1993) el estudio se enmarca dentro del enfoque biográfico, más precisamente en la vertiente de los relatos de vida desde una orientación interpretativa que busca comprender la dimensión socio simbólica de las prácticas sociales en el contexto socio histórico donde se desarrollan. Este enfoque considera que los relatos constituyen significantes, poniendo la atención de la investigación en la interpretación del corpus discursivo que conforman las entrevistas realizadas y las significaciones que transmiten las personas que cuentan su vida.

Desde este enfoque los relatos de vida son entendidos como una reconstrucción parcial de un conjunto de experiencias sociales, los cuales me permiten dar cuenta de las vivencias y significaciones de las personas bajo estudio. Esta concepción del enfoque biográfico permite orientar la confección de los relatos hacia un área específica de interés; en mi caso se orientó hacia la reconstrucción de las trayectorias y experiencias profesionales de las psicólogas entrevistadas, cuyas carreras se han apartado de la representación social dominante de su profesión.

Siguiendo a Sautu (2004) entiendo que el método biográfico no debe perseguir la recolección anecdótica de experiencias de los sujetos bajo estudio, sino más bien reconstruir la trama social a partir de dichas experiencias e interacciones que articulan las dimensiones micro y macro sociales. De acuerdo con Bertaux (1993) considero que el enfoque biográfico no se trata de la realización de especulaciones abstractas, ni de abordar el análisis de un fenómeno social desde lo meramente psicológico e individual, sino de la descripción de experiencias y prácticas vivenciadas por las entrevistadas, identificando en los distintos relatos de vida aquellas repeticiones y significados compartidos, a su vez nutridos y problematizados desde aquellos casos que expresan opiniones disimiles, permitiendo que los datos surgidos de los relatos constituyan un objeto sociológico.

La confección de relatos desde la perspectiva del método biográfico interpretativo (Denzin, 1989), me permitió identificar puntos de inflexión y/o experiencias transformadoras en la vida personal de las entrevistadas, en sus distintas etapas formativas y en el desarrollo de su carrera profesional, que reconfiguraron su práctica terapéutica integral y complementaria.

Según Sautu (2004) tanto en la tradición etnográfica, como en la interpretativa, el método biográfico se distingue por ser una narrativa en la cual está presente un *self* cuya vida y experiencias en redes de relaciones sociales son registradas en un texto. La investigación biográfica consiste entonces en el despliegue de las experiencias de una persona a través del tiempo, donde las personas realizan una selección consciente e inconsciente de sucesos y situaciones en los cuales participaron, siendo sus interpretaciones mediadas por las experiencias de rememoración. Los relatos desplegados por las personas no son solo una descripción de sucesos, sino también una selección y evaluación de la realidad.

Ahora bien, en cuanto a los relatos biográficos, éstos fueron construidos de forma dialógica a través del encuentro intersubjetivo que implica la situación de entrevista. Para Michael Bamberg (2011) la esfera privada de la elaboración de un sentido de lo que somos se inspira en las conversaciones y diálogos que desplegamos en nuestras interacciones de la vida cotidiana. En este sentido, y siendo un eje central de mi investigación la conformación de la identidad profesional de las psicólogas en relación a su experiencia de complementariedad y/o integración terapéutica llevadas a cabo en el contexto socio-cultural de la modernidad tardía, resulta importante destacar que el trabajo identitario sería capaz de ser transformado, adaptándose a los desafíos que presentan las crecientes multiplicidades culturales en entornos cada vez más globalizados (Giddens, 1995).

Siguiendo estas premisas, considero que las entrevistas realizadas en el marco de esta experiencia de investigación, pasaron a formar parte del conjunto de prácticas e interacciones de la vida de las entrevistadas. Lo cual, siguiendo a Arfuch (2002), me permite concebir a estos encuentros como un espacio biográfico en sí mismo, que promovió la capacidad reflexiva y narrativa de las entrevistadas sobre su práctica profesional.

Debido a la dimensión dialógica que reviste la situación de entrevista, y al remitirme al carácter relevante que adquieren en la actualidad las narrativas y/o pequeños relatos para el análisis sociológico (Güelman y Borda, 2014), resulta necesario destacar que el lenguaje, desde su carácter performativo, viene a dar forma al mundo desplegando una relación dialéctica entre los participantes de la

comunicación (incluso en la situación de entrevista). Siguiendo a Benveniste (1980) los individuos no disponen de ningún otro medio de vivir el ahora, y de actualizarlo en su sentido, más que desde su discurso en el mundo. La enunciación hace presente nuestra propia existencia, la cual se (re)significa en cada producción de discurso, estableciéndose así un tiempo biográfico o calendario discreto constitutivo del ser, un tiempo de pliegues, superposiciones y rupturas (Leclerc-Olive, 2009).

Tomando en cuenta los aportes de Bajtín (1992; 1999) concibo que la enunciación reviste siempre un carácter intersubjetivo y social. La noción de *polifonía* como concepto estructurante del lenguaje mismo entraña la idea de que en la voz de quien habla se hacen presentes las voces de los otros. La palabra ajena muestra que el lenguaje nos precede y nos configura. En la voz de nuestros enunciados resuenan los ecos de las voces de los otros, pero éstas no son solo voces, son sentidos del mundo, valores éticos.

Debido al enfoque descrito, mi propuesta metodológica consiste en analizar las narrativas de las psicólogas, y las trayectorias profesionales que se configuran desde dichos relatos, como un proceso dinámico, dialógico e intersubjetivo, situado en un aquí y ahora, teniendo en cuenta las múltiples producciones de subjetividad al interior de los relatos biográficos.

Desde estas concepciones, propongo que el enfoque biográfico posibilita una reconstrucción de los sentidos otorgados por las entrevistadas a su práctica profesional, desde una situación de interacción dialógica. La situación de entrevista resulta ser, de este modo, un terreno fértil para la coproducción de un saber basado en la interpretación de las narrativas existenciales (Güelman y Borda, 2014).

3.2. Perspectiva epistemo-metodológica de la estrategia analítica

Mi tesis articula aportes conceptuales inherentes al estudio de la construcción identitaria con el paradigma epistemo-metodológico que provee la perspectiva de la sociología pragmático-pragmatista. Ésta última, desde una

pluralidad de enfoques, articula una tradición teórica socio filosófica que tiene en cuenta las particularidades, diferencias y diversidades que conforman la acción social en situación, partiendo de un enfoque metodológico que pretende desprenderse de aquellos *a priori* conceptuales que podrían densificar, y sobre-conceptualizar inapropiadamente, el análisis de las situaciones concretas. Siguiendo a Nardacchione y Acevedo (2013), en términos pragmatistas, ninguna categoría analítica llega a ser eficaz si no permite describir la realidad dada, ya que no existiría una interrupción entre la práctica y el conocimiento, sino que ambos son parte de un proceso de ajuste.

La perspectiva pragmático-pragmatista, en clave epistemo-metodológica, me resulta conveniente para abordar mi tema de estudio ya que me permite plantear una continuidad entre nociones y dimensiones que generalmente son concebidas, desde la investigación social clásica, como antagónicas. He optado por un enfoque analítico que me permite evitar la tendencia a interpretar las terapias no convencionales en el terreno *psi* local como una expresión simplemente divergente y/o antagónica a la práctica clínica del psicoanálisis. En términos investigativos, seguir estas premisas me alejó de la tentación recurrente de pretender revelar mediante las Ciencias Sociales, y más específicamente desde la interpretación crítica del investigador, aquello que se encontraría oculto detrás de la estructuración social de la profesión psicoterapéutica. Antes bien me facilito el ejercicio de una práctica de investigación en donde pude poner de relieve los saberes prácticos y críticos desplegados por las entrevistadas en su proceso de producción de lo social, evitando una perspectiva analítica que realce la voz de ciertos actores sociales, al tiempo que despoja y silencia la voz de otros actores involucrados en el fenómeno estudiado.

Siguiendo a Latour (2008) la crítica sociológica debería de ser un seguimiento de las competencias de los agentes sociales, competencias que ellos mismos despliegan en situación para desarrollar su propia crítica. Según Corcuff (1988) los individuos en situación portan saberes prácticos que son pertinentes para dicha situación, pero no necesariamente esta pertinencia será utilizada únicamente a los fines de lograr ajustarse a las normas y reglas de la situación, también pueden generar el despliegue de saberes orientados al uso de ciertas reglas de la acción

para transformar situaciones y también criticarlas. Este enfoque me permite comprender la competencia de las entrevistadas ante los desafíos que presenta el desarrollo dinámico del terreno profesional de la psicología, teniendo presente la reversibilidad de las situaciones de disputa en la continuidad de las múltiples dimensiones de la vida social. Procuro tener en cuenta lo particular de la experiencia relacionada con el trabajo identitario que despliegan las entrevistadas, evitando caer en una recopilación de historias individuales signadas por una concepción dicotómica entre individuo-sociedad y/o singular-colectivo, cuyo carácter sociológico resultaría menos pertinente. Como he detallado anteriormente, considero que los relatos biográficos, en tanto testimonios de la experiencia vivida, pueden ser puestos al servicio de la investigación sociológica ya que toda experiencia de vida comporta una dimensión social.

Las concepciones inherentes al enfoque biográfico que utilizo se articulan lógicamente con la perspectiva pragmática, ya que como sugieren Nardacchione y Acevedo (2013), la misma destaca la inquietud por el análisis diacrónico. El abordaje de la situación no surge únicamente del focalizarse en un evento, sino que resulta ser más relevante en términos analíticos analizar el proceso de construcción de dicha situación, lo cual me advierte la necesidad de incorporar la categoría temporal como un devenir en la reconstrucción de las trayectorias profesionales.

Orienté mi mirada sobre aquellos momentos de inflexión en las trayectoria de las psicólogas, destacando los antecedentes y consecuencias de cada situación. En clave pragmatista, esta interrelación entre diversas experiencias vivenciadas en una temporalidad entendida como devenir, da lugar a la configuración de los acontecimientos biográficos.

El enfoque de la sociología pragmática me permite concebir el espacio social como algo más flexible, y a su vez desarrollar una mirada procesual, junto a una estrategia metodológica que adquiere mayor grado de adaptabilidad al contexto de investigación, ayudándome a identificar los emergentes que podrían ser solapados desde un enfoque sociológico clásico.

La perspectiva del pragmatismo, desde sus conceptos de continuidad e irreductibilidad, me permite acercarme a una concepción de la relación dinámica

entre agente social y situación como una reconfiguración permanente y contingente. Esto facilita un abordaje de la acción de los actores sociales desde las categorías que ellos mismos elaboran en su contexto de acción, es decir, promueve mi atención hacia las categorías nativas, permitiéndome desarrollar un análisis de cómo las psicólogas se identifican, se describen y se representan a sí mismas en relación a su proyecto profesional.

Siguiendo a Nardacchione y Acevedo (2013), el potencial de la perspectiva de la sociología pragmático-pragmatista consistiría en que, al tener en cuenta los variados contextos prácticos de la acción (antes que meramente las estructuras lógicas de influencia) abre más discusiones que las que cierra y permite hablar a más actores que los que hace callar, tomando así en cuenta más argumentos que los que descalifica. Esto resulta sumamente productivo para desarrollar estudios orientados hacia la comprensión analítica de las experiencias de conformaciones plurales de la identidad. En lo que respecta a mi tema específico de investigación, me permitió seguir en la propia práctica terapéutica de las entrevistadas aquellos principios de ajuste a la realidad experimentada en el ejercicio concreto de su profesión y las competencias desplegadas por ellas mismas. Sintetizando, estos aportes me resultan convenientes para poder aprehender, y a su vez, aprender de las múltiples intervenciones y saberes prácticos que los actores sociales me ofrecen en cada situación.

Según Callon (1995) una premisa básica de las investigaciones desde un enfoque pragmático-pragmatista es que los actores sociales saben lo que hacen, por ello el principio metodológico de *seguir a los actores* resulta primordial para no presuponer ninguna relación privilegiada, ni adjudicar preconceptualmente los discursos para categorizar a unos actores y no otros. Desde un enfoque pragmático busque dejar hablar a las entrevistadas por sí mismas, dejando así hablar en definitiva (en términos pragmatistas) a las mismas disputas, acuerdos y convivencias que se despliegan en el terreno de la diversificación de la oferta psicoterapéutica local. Esto equivale, en clave analítica, a desarrollar cierta exigencia descriptiva del trabajo de investigación, es decir, intentar comprender lo que hacen los actores sociales desde sus propias definiciones de las situaciones.

Para tal fin el concepto de simetría resulta vital en términos metodológicos. Éste me alienta a tratar con igualdad valorativa a todos los actores, permitiéndome desarrollar un abordaje analítico que contemple la existencia de múltiples márgenes de incertidumbre e indeterminación dentro de las relaciones de dominación en un terreno profesional. Esto resulta apropiado para mi tema de estudio, debido a la dominancia psicoanalítica en el espacio psicoterapéutico local -en lo que respecta a la representación social y profesional de los/as psicólogos/as-. Desde este enfoque busco evitar una lectura antagónica, o de contrapuntos, entre las prácticas que implican la incorporación de terapias convencionales y no convencionales, desarrollando un trabajo de investigación que evidencie las experiencias de continuidad, irreductibilidad y deslizamientos entre ambas.

Es aquí donde la hipótesis de continuidad, surgida de los planteos pragmáticos-pragmatistas, me resulta atrayente para desarrollar una interpretación analítica que me permita tratar los diferentes niveles de análisis como un continuum, entendiendo que los actores sociales desarrollan diferentes competencias para recorrer las distintas situaciones, al mismo tiempo que despliegan estrategias de adaptación heterogéneas (Latour y Woolgar, 1995; Latour, 2001).

Entendiendo que no habría algo específico de lo individual, ni tampoco de lo colectivo, parto en mi análisis desde la idea de continuidad entre lo singular y lo general. Tomando los aportes de Boltanski (2000) y Thévenot (2006) considero pertinente aplicar la hipótesis de continuidad también entre diferentes ámbitos de acción terapéutica (sean estos convencionales/ortodoxos y/o no convencionales/complementarios e integradores), ya que al no existir una clara ruptura entre distintas regiones de la acción, los actores sociales podrían pasar de una a otra, o hasta integrarlas, en situaciones que siempre se están modificando dinámicamente.

Siguiendo a Nardacchione (2011) considero que el saber de los actores en situación es un saber principalmente práctico, pero dicha práctica no está exenta de la evaluación de la situación en la que se está actuando. Así el saber práctico puede ser interpretado como un saber reflexivo y crítico a la vez, el cual les permite a los actores sociales anticiparse y juzgar cada situación para actuar correctamente.

Adquirir conocimiento sobre el desarrollo de la vida cotidiana sería una experiencia práctica, que ameritaría el desarrollo de una capacidad reflexiva consciente y crítica sobre la situación, pero sin la necesidad del ejercicio de un cálculo racional utilitarista.

3.3.1. Características del trabajo de campo y la conformación de la muestra

La decisión de realizar el trabajo de campo en el Área Metropolitana de Buenos Aires radica en que, de acuerdo a los estudios realizados por Carozzi (2000) y Gorbato (1994), ya desde la década de 1980 existe una creciente concentración de practicantes de diferentes disciplinas y terapias no convencionales en dicha zona. Especialmente psicólogos/as gestálticos/as y humanistas, que se hallaban relacionados/as con distintos centros del circuito alternativo de los Estados Unidos. Estas personas fueron difundiendo las premisas del movimiento *New Age* a través de revistas especializadas como Mutantia y Uno Mismo, promoviendo así el desarrollo de una red local emparentada y conectada con el circuito alternativo internacional. A partir de la década de 1990 el circuito alternativo porteño se ve transformado por una creciente profesionalización y un énfasis puesto en la adquisición de credenciales profesionales en aquellos/as terapeutas que se dedicaban al ejercicio de múltiples terapias no convencionales, registrándose la emergencia de psicoterapias no psicoanalíticas.

Desde entonces, y hasta la actualidad, la mayor parte de los centros y terapeutas que ofrecen talleres, cursos y entrenamiento profesional en disciplinas del circuito alternativo se ubican en los barrios de Recoleta, Palermo, Balvanera, San Nicolás, Belgrano, Colegiales, Villa Crespo y el área norte del Gran Buenos Aires. Desde 1994 estos centros y profesionales terapéuticos comienzan a concentrarse en Palermo, hecho que parece corresponder, según el estudio pionero de Carozzi (2000), a la incorporación de un buen número de psicólogos/as a la oferta terapéutica del circuito alternativo de la Ciudad de Buenos Aires.

La alusión al Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) refiere a un modo

coloquial bastante extendido no sólo en el campo académico, sino en la población general, para indicar el área geográfica que comprende la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y los partidos del conurbano bonaerense. Frente al empleo de diferentes términos para referirse al mismo agregado socio-demográfico, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) estableció el criterio nomenclador "Gran Buenos Aires" para referirse al conjunto de CABA y los 24 partidos del conurbano bonaerense. Para evitar confusiones en relación al uso de estas denominaciones, en esta investigación empleo el término AMBA para referirme a lo que el INDEC (2003) define como Gran Buenos Aires.

El ingreso al campo y la conformación de la muestra se realizó contactando a psicólogas por intermedio de asociaciones terapéuticas que suscriben al modelo holístico del cuidado de la salud, como así también por medio de contactos existentes con profesionales de la salud a través de los proyectos de investigación UBACyT donde se enmarcó mi beca UBACyT de doctorado[16].

En cuanto a la dimensión temporal de la investigación la misma se realizó en el periodo comprendido entre los años 2012 al 2017, ya que la misma fue financiada por medio de una beca UBACyT estímulo (2012-2013) y una beca UBACyT de doctorado (2013-2017).

En relación a la muestra utilizada y sus características socio demográficas, el ejercicio de la profesión y la formación académica, tal como sintetizo en el Cuadro 1, las entrevistadas son mujeres de clase media y su franja etaria va desde los 28 años de edad hasta los 68 años; cuatro de las entrevistadas tienen edades que oscilan entre los 28 y 38 años, mientras que las dieciséis restantes cubren edades que van de los 40 a los 68 años, permitiéndome así conformar una muestra con distintos recorridos profesionales. Todas las entrevistadas se han graduado en universidades y adquirieron el título de Licenciadas en Psicología. La mayoría de las entrevistadas han sido formadas, en su carrera de grado, básicamente desde las

[16] Proyecto UBACyT (programación científica 2014-2017): Desigualdad social, cultura y salud: recursos y prácticas cotidianas frente al imperativo del cuidado. Código 20020130100594BA con sede en el Instituto de Investigación Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Directora: Dra. Betina Freidin.

Proyecto UBACyT (programación científica 2012-2015): ¿En búsqueda de la salud holística? Discursos de cuidado de la salud, desigualdad social y estilos de vida. Código 20020110200178 con sede en el Instituto de Investigación Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Directora: Dra. Betina Freidin.

premisas teóricas del psicoanálisis, tanto en su versión Freudiana, como Lacaniana. Sin embargo seis de ellas han manifestado que se formaron también desde un enfoque cognitivo-conductual. Del total de las entrevistadas diez estudiaron la carrera de psicología en la Universidad de Buenos Aires (UBA), dos en la Universidad del Museo Social Argentino (UMSA), dos en la Universidad Católica Argentina (UCA), una en la Universidad de Flores (UFLO), una en la Universidad de Belgrano (UB), una en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), una en la Universidad Kennedy, una en la Universidad del Salvador (USAL) y una homologó su título de psicopedagoga al de licenciada en psicología en la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). En cuanto al período de graduación, tres entrevistadas se graduaron en la década del 70; cinco en los años 80; dos en los años 90 y diez entre los años 2000 al 2010.

Cuadro 1: síntesis de composición de la muestra de psicólogas entrevistadas

Franja etaria (años)		**Universidad**		**Década de graduación**		**Trayectoria profesional (años)**		**Localidad**	
28 a 39	4	UBA	10	1970	3	4 a 9	6	CABA	16
		UMSA	2	1980	5	10 a 20	5		
40 a 68	16	UCA	2	1990	2	21 a 30	5	GBA	4
		UFLO	1	2000-2010	10	31 a 45	4		
		UB	1						
		UNC	1						
		UK	1						
		USAL	1						
		UAM	1						
Total	20	**Total**	20	**Total**	20	**Total**	20	**Total**	20

Fuente: elaboración propia

Algunas de las entrevistadas han realizado distintos estudios de posgrado y cursos de especialización relacionados con enfoques terapéuticos como: psicología cognitiva, psico-oncología, tratamiento de enfermedades psicosomáticas, Gestalt, psicología analítica (Jung), técnicas de grafología y orientación vocacional, psicología social, tratamiento del dolor crónico con pacientes terminales, psicodrama, enfoques psicoanalíticos orientados hacia el trabajo clínico con niños, adolescentes, familia, parejas, discapacidad y gerontes, terapias sistémicas, hipnosis clínica y psicogenealogía.

Todas las entrevistadas, en algún momento de su trayectoria profesional, ejercieron su profesión en el área de la psicoterapia clínica, en diferentes instituciones del ámbito de la salud mental como hospitales públicos, clínicas privadas, programas de intervención y consultorio privado. Unos pocos casos han trabajado en el sector empresarial, para luego orientar su carrera profesional al trabajo clínico en su propio consultorio.

En todos los casos habían primero probado, en carácter de usuarias, diversas terapias no convencionales, para luego capacitarse a través de cursos y seminarios en aquellas técnicas que les resultaron beneficiosas para su bienestar personal, incorporando algunas de estas técnicas a los tratamientos terapéuticos brindados a sus pacientes.

Las terapias y técnicas no convencionales de las cuales dieron cuenta las psicólogas son: angeología, radiestesia, regresión a vidas pasadas, numerología, terapias florales (Bach, Australiana y Californiana), *reiki*, bioenergética, *yoga*, meditación y relajación respiratoria, técnicas energéticas con cristales, cuencos y piedras, constelaciones familiares, registros *akashicos*, visualizaciones, psicología transpersonal, reflexología, *chi kung*, herbología energética, codificación biológica, terapia del canto, sistema *Milderman*, *tapping*, *feldenkrais*, masaje metamórfico, sofrosis, técnicas de *johrei*, chamanismo, *mindfullness*, arte terapia y aromaterapia. Para algunas entrevistadas la espiritualidad se encuentra presente como una dimensión relativa a su trabajo terapéutico, acercándose a perspectivas espirituales y filosóficas orientales como el hinduismo y el budismo.

Si bien la tesis no se centra específicamente en los estudios de género, debo señalar que la elección de la muestra, que es intencional y teórica, está conformada por mujeres debido a que, en el ámbito local, la psicología presenta una marcada feminización de la profesión por lo menos en lo que refiere a la práctica clínica de la profesión, no así en la designación de cargos institucionales y de gestión en diferentes asociaciones profesionales, organizaciones e instituciones del espacio psicológico donde existe un marcado predominio de psicólogos varones.

Desde los comienzos de las carreras de psicología, hasta la actualidad, del total de psicólogos/as en nuestro país el 80% son mujeres (Alonso y Klinar, 2014). Además estudios precedentes como el de Carozzi (2000) sobre el circuito alternativo en la Ciudad de Buenos Aires ha dado cuenta que, en comparación con los hombres, son las mujeres en mayor proporción las que ejercen profesionalmente las técnicas relacionadas con terapias no convencionales. Por su parte Freidin (2017a) sintetiza la tendencia hacia un mayor uso de las medicinas y terapias no convencionales por parte de las mujeres, la cual se explica a partir de los roles de género y sus implicancias para el cuidado de la salud y la búsqueda de bienestar, como así también por ciertas características distintivas de las terapias no convencionales. Este interés diferencial reflejaría un patrón más general de género en relación a la atención de la salud, ya que las mujeres recurren más a la consulta con un profesional médico o psicoterapéutico, tendiendo a adoptar hábitos de vida saludable en mayor medida que los hombres. A su vez, algunos autores como Sointu (2006; 2012; 2013), plantean que las ideas y valores relativos al cuidado de la salud y la búsqueda de bienestar promovidos por el circuito alternativo se emparentan con las representaciones normativas de la femineidad, como suelen ser la atención de las emociones, la empatía, el contacto físico y la comunicación interpersonal a través de perspectivas terapéuticas más blandas e intuitivas.

Si bien las representaciones de las terapias no convencionales pueden reforzar estereotipos tradicionales de género, también representan prácticas de cuidado y búsqueda de bienestar que desde ideales pos-tradicionales pueden resignificar las nociones de lo femenino y lo masculino (Freidin, 2017a).

Cabe destacar que, si bien busqué heterogeneidad en la condición de género de la muestra, no me fue posible entrevistar psicólogos varones. En principio resultó una dificultad establecer contactos por el motivo que refiere a la marcada

feminización de la profesión psicológica en la Argentina, pero también resultó cierto que aquellos pocos psicólogos que logre contactar, no terminaron de concretar el encuentro de entrevista manifestando su falta de tiempo e interés por participar en la propuesta de investigación.

De acuerdo a lo expresado, considero que la muestra utilizada, si bien no contiene psicólogos varones, termina siendo una buena representación[17] del colectivo de profesionales inherentes al terreno *psi* local.

3.3.2. La construcción y análisis de los datos

Manteniendo un diálogo lógico con las premisas epistemológicas y la estrategia metodológica, la construcción de la información se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas (y en profundidad) a 20 psicólogas cuyas carreras y desempeños profesionales se han apartado de la representación social dominante de su profesión, y que desarrollan su práctica terapéutica integradora en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Teniendo en cuenta los resguardos éticos necesarios para preservar el anonimato de las entrevistadas, y la confidencialidad de la información reunida, en el análisis y presentación del corpus discursivo utilizo nombres ficticios y omito toda información que permita identificarlas. Así mismo entregué a cada entrevistada una carta de Consentimiento Informado, donde detalle un breve resumen del tema y los objetivos de investigación, la afiliación institucional en donde se inscribe mi trabajo como investigador y el carácter voluntario de su participación, estableciendo su total libertad para abandonar la situación de entrevista y cancelar su participación si así lo consideraban necesario.

Realice un análisis temático del corpus discursivo, trabajando analíticamente desde un enfoque biográfico orientado hacia la reconstrucción de sus trayectorias profesionales a través de relatos de vida. Luego de la correspondiente lectura de la totalidad de las entrevistas confeccioné un listado de códigos, no solo de manera inductiva, sino también a partir de conceptos teóricos preexistentes. Utilicé el

[17] Cuando refiero a la representación de la muestra lo hago en términos de representar al colectivo de profesionales psi bajo estudio, no así en términos de representatividad probabilística, debido a que este estudio no se basa en una perspectiva cuantitativa, ni pretende un análisis estadístico de los datos.

programa ATLAS.ti para codificar las entrevistas desgrabadas. Elaboré síntesis temáticas por cada entrevistada y matrices cualitativas referentes a la articulación de diferentes núcleos temáticos para facilitar el análisis comparativo entre las entrevistadas. Los ejes temáticos centrales de la guía de entrevista consisten en indagaciones relacionadas con su formación profesional, aspectos inherentes a sus decisiones de carrera y vocación, sus experiencias laborales e institucionales, los motivos que las acercaron al uso de terapias no convencionales, su autopercepción como terapeutas y las particularidades de su práctica profesional, sus concepciones con respecto al sufrimiento psíquico y su posicionamiento hacia distintos tipos de tratamientos psicoterapéuticos.

El desarrollo del análisis de los datos es presentado en los próximos tres capítulos. En el capítulo IV el análisis se focaliza en las transformaciones y/o (re)significaciones de la construcción de las identidades profesionales de la entrevistadas en relación a sus experiencias de complementariedad e integración terapéutica. Este eje temático es abordado desde las siguientes categorías analíticas: la idea de buscadoras como característica distintiva de un trabajo identitario dinámico y flexible, el concepto de estilo de vida e identidad reflexiva junto a sus sub-categorías identidad para otros e identidad para sí, la conceptualización de la representación social dominante en relación a la profesión psicológica local y el trabajo de ajuste y traducción que realizan las entrevistadas en el desarrollo de sus proyectos vitales y profesionales.

En el Capítulo V, analizo las principales características del sufrimiento psicoemocional contemporáneo identificando en los relatos de las entrevistadas las transformaciones y/o cambios en los motivos de consulta de sus pacientes a lo largo de su trayectoria profesional. Partiendo desde la categoría motivos actuales de consulta, desarrollo el concepto nativo de "crisis existenciaria" en articulación con la idea de nuevas enfermedades del alma y el concepto de autodescubrimiento. Luego analizo la relación entre el mandato cultural de la expansión personal como criterio normalizador de las sociedades occidentales contemporáneas y las afecciones de cuadros depresivos anclados en la idea de déficit y/o carencia desde la categoría narcisismo patológico.

Finalmente, en el capítulo VI, analizo las características y potencialidades que las entrevistadas le atribuyen a su práctica terapéutica partiendo desde el concepto nativo de bienestar y las categorías encuadre holístico, amplitud,

integración y complementariedad terapéutica en términos de marcos referenciales. Los conceptos nativos relativos a una concepción multidimensional de persona y la afectivización de los vínculos terapéuticos me permiten caracterizar el trabajo terapéutico de las entrevistadas como un tratamiento artesanal orientado a medida de cada paciente el cual se inscribe dentro de la categoría práctica terapéutica holístico integradora no convencional.

4. Capítulo IV. La significación de la identidad profesional en la integración terapéutica

El individuo ha luchado siempre para no ser absorbido por la tribu. Si lo intentas, a menudo estarás solo, y a veces asustado. Pero ningún precio es demasiado alto por el privilegio de ser uno mismo

(Friedrich Nietzsche)

Cierta mirada analítica, expresada en autores como Foucault (2008) y Rieff (1996), relaciona la aparición de la psicoterapia con la creciente secularización y el debilitamiento de la religión tradicional en la modernidad. Esto lleva a pensar que cierto control terapéutico interviene para mantener un nivel de funcionamiento social adecuado en momentos en los que los dispositivos religiosos tradicionales ya no proporcionarían orientaciones vinculantes.

Desde una perspectiva diferente Giddens (1995) considera que la psicoterapia no reproduce la autoridad que en épocas anteriores podía expresar la autoridad religiosa, ya que sería dificultoso (por no decir imposible) encontrar una versión autoritaria en lo que a prácticas psicoterapéuticas refiere. Las terapias en general podrían representar una expresión específica de dilemas y prácticas relacionadas a la modernidad reciente, más que un fenómeno de sustitución de formas sociales o morales de índole tradicional. Las terapias podrían ser entendidas como un sistema experto profundamente implicado en el proyecto reflexivo del *self*, es decir, un fenómeno de la reflexividad moderna.

Considero pertinente que al relativizarse su carácter de mero mecanismo de ajuste social, éstas puedan ser comprendidas como una metodología de la planificación de la vida en ciertos individuos; como bien señala Giddens:

> [la terapia] en cuanto expresión de reflexividad generalizada muestra plenamente las dislocaciones e incertidumbres que surgen de la modernidad (...) [si bien] puede fomentar la dependencia y la pasividad, también puede dar lugar al compromiso y la reapropiación (Giddens, 1995: 229).

Al comprender, por ejemplo, la práctica psicoanalítica como una actividad reflexiva de producción de sentidos y significados que convierte a la vida cotidiana en objeto de la sospecha hermenéutica, queda evidenciado que el discurso terapéutico ha hecho de la vida emocional y de la organización de las narrativas contemporáneas del *self* y su identidad, materias de una supervisión procedimental y reflexiva, especialmente accesible en su praxis para ciertos sectores de la clase media (Illouz, 2010).

Ahora bien, en algunas personas, el imperativo de ser uno mismo, de superarse y realizarse a través de la construcción de una identidad personal signada por la autenticidad y la iniciativa personal, podría generar una dolencia identitaria, algo así como la fatiga de ser uno mismo. Esta circunstancia no sólo es tratada frecuentemente con psicofármacos cada vez más sofisticados, sino también por medio de psicoterapias cada vez más diversas (Dubar, 2002; Ehrenberg, 2000).

Como reseñé en la introducción, el discurso psicológico ha incrementado su influencia a lo largo del siglo XX, ampliándose y diversificándose a través de su entrelazamiento con las premisas de la autoayuda, logrando así ampliar su capacidad de organizar las narrativas contemporáneas del *self* y de la identidad (Illouz, 2010).

En este sentido, el circuito de psicoterapias en el Área Metropolitana de Buenos Aires se presenta como una compleja red de opciones diversificadas para la búsqueda de salud y bienestar personal, promoviendo diversas prácticas terapéuticas orientadas a la ampliación de la propia conciencia, el autoconocimiento y la autorrealización desde una concepción holística del individuo y su bienestar[18].

[18] Las características del enfoque holístico, su articulación con las premisas del autodescubrimiento en términos terapéuticos y sus aportes interpretativos sobre la idea de individuo y bienestar que atraviesan y conforman el estilo de vida de las entrevistadas son desarrollados con mayor precisión en el capítulo VI.

La constitución de esta red, relacionada con las premisas filosóficas y espirituales del movimiento *New Age*, supone un conjunto de transformaciones que operan sobre las concepciones religiosas y terapéuticas que en ella se desarrollan, como así también sobre los discursos en relación a la transformación personal, los relatos biográficos y las construcciones identitarias de quienes participan en dicha red (Carozzi, 2000).

En este circuito alternativo, o complementario, se promueve la circulación y el préstamo ecléctico entre grupos y disciplinas, intentando evitar la presión sobre los participantes en relación a la permanencia estable en un sólo grupo u ortodoxia disciplinaria.

Los hallazgos de la investigación de Carozzi (2000) describen claramente el rol que adquiere la circulación en la transformación positiva individual desde la percepción de los participantes de la red, como así también la idea de fluir como sinónimo de bienestar, muy presente en las actividades del circuito. El fluir y la circulación de la energía son presentados discursivamente como condiciones de salud, y los bloqueos como causas de dolencias[19].

La circulación también remite a la transformación identitaria, a las definiciones sobre sí que los participantes del circuito alternativo asumen, emergiendo una significación identitaria que Carozzi (2000) llama identidad del *buscador espiritual*, en la cual prima la enseñanza existencial del desapego como virtud a cultivar.

El buscador del circuito alternativo circula estableciendo relaciones con una multiplicidad de personas, como así también con diversas terapias no convencionales, concibiendo dicha circulación como una fuente de salud, bienestar y evolución espiritual que contribuye a la transformación positiva personal y colectiva. Esta búsqueda en relación a la (re)significación de la identidad profesional y la práctica terapéutica fue expresada por varias de las psicólogas entrevistadas, así lo expresó Carla:

[19] La idea dinámica de circulación y fluidez asociada a la búsqueda de bienestar, junto a la relevancia que adquiere la dimensión energética en el proceso terapéutico desde un encuadre holístico, es desarrollada en el capítulo VI.

> Por supuesto me recibí y paralelamente fui haciendo millones de caminos como buscadora que soy, tiene que ver con un estilo personal, con una intención espiritual o una búsqueda espiritual. Como buscadora, que me definí hace un ratito, me permití meterme en todo lo que encontraba o todo lo que me parecía interesante, en una época en que empezaron las distintas terapias complementarias. Hoy digo que eso se llama desapego, se llama ser mucho más allá de lo que tengo, de lo que hago, de los títulos que tengo, que antes eran los que me daban identidad, hoy yo creo que el ser humano está por todos los medios buscando, o necesariamente vibrando o viendo cómo ir más allá de esa cuestión de la identidad o pseudo-identidad (Carla).

El haber adquirido la titulación formal como licenciada en psicología no limitó la búsqueda personal de Carla por descubrir y probar diversas terapias complementarias que le parecían interesantes. La acción voluntaria de estudiar en la universidad la carrera de psicología es parte de las decisiones orientadas hacia la conformación de su proyecto profesional, el cual es construido no sólo desde la preparación académica, sino también desde lo que Carla denomina "estilo personal". Esto implica que la cualidad identitaria de buscadora se articula con el desapego, lo cual le permite definirse a sí misma más allá de las titulaciones profesionales adquiridas.

Debido al contexto de las transformaciones socio-culturales que caracterizan a las sociedades occidentales contemporáneas comprender las inserciones y las trayectorias profesionales exige analizarlas más allá del nivel de las titulaciones. Resulta oportuno intentar comprender las significaciones que las entrevistadas le otorgan a su profesión en medio de su búsqueda, y desde el ejercicio de su reflexividad situada dentro del contexto de su comunidad profesional, como así también desde la elección de su estilo de vida, ya que el carácter de una socialización de tipo societaria diferencia a los individuos, pero no necesariamente los determina, al mismo tiempo también los singulariza (Dubar, 2002).

La esfera profesional si bien resulta significativa, no terminaría de definir unívocamente la identificación principal, ya que la labilidad identitaria será tanto mayor cuanto más se acentué su distancia con relación a los roles profesionales, o cuando los individuos incorporen en su definición identitaria otros aspectos de su vida (Martuccelli, 2007).

Las vivencias personales, junto a la actitud de búsqueda permanente a través de la práctica, prueba e integración de técnicas terapéuticas no convencionales, da cuenta de una actividad dinámica de aprendizaje vivencial y terapéutico, el cual es interpretado por las entrevistadas como una artesanía del terapeuta en función de poder ampliar su mirada[20].

> Yo siempre busqué algo más y sigo, no se terminó, busco comprender lo que me pasa, equilibrar mis emociones, sentirme mejor. Creo que es una búsqueda pasional ya, no lo puedo dejar de hacer; yo hice 20 años de psicoanálisis, nunca más me enganché con un terapeuta. Ahora voy a una constelación, o ya supervisando empiezo a trabajar cosas mías, así que me sirve eso, las técnicas de liberación emocional, hice una iniciación a *Reiki*, intenté incorporarlo a las terapias. Pero no todo es para todo el mundo, eso es un gran aprendizaje, ahí está la artesanía del terapeuta (Paula)

> Tuve un hecho personal muy grave: mi marido tuvo cáncer, buscamos todas las posibilidades de terapia; se hacía de todo y empecé a estudiar las teorías añejas, desde el orientalismo y demás, como mucho más reactivada con la cosa energética, y me pareció como interesante, empecé a tener un grupo de estudio de la energía, creo que lo que a mí me pasó es esto de poder ampliar y ver otras maneras (Mónica)

En un contexto de complejización de los procesos de identificación, puede observarse cómo, en el caso de las psicólogas entrevistadas, la apelación a terapias no convencionales y su integración a su práctica terapéutica se relaciona con la conformación de un estilo de vida holístico que comienza a generar ajustes y traducciones[21] sobre las premisas psicoanalíticas y la representación social dominante de los/as psicólogos/as en el terreno *psi* local. Como bien señala Giddens (1995) las decisiones relativas al cuidado de la salud y la búsqueda de bienestar se constituyen como experiencias y acciones ligadas a proyectos reflexivos implicados en la construcción de la identidad personal. Las investigaciones de Sointu (2012) y

[20] El criterio de amplitud y la concepción de un trabajo terapéutico artesanal son desarrollados en el capítulo VI como características y potencialidades distintivas de la práctica terapéutica integradora. En el presente capítulo son abordados en su relación específica con la dimensión identitaria.

[21] El desarrollo de las categorías analíticas de ajuste y traducción se detallan en el capítulo III, ya que forman parte del enfoque epistemo-metodológico de mi investigación.

Lipovetsky (2010) evidencian que la suscripción a una perspectiva holística de la salud y a prácticas terapéuticas integradoras y/o complementarias implica el despliegue de la capacidad de agencia de los individuos en relación a satisfacer inquietudes existenciarias de desarrollo personal en un contexto socio-cultural que promueve la autonomía y la responsabilidad personal[22].

Ampliar la mirada e incorporar otras maneras de ejercer el rol como terapeutas, no implica necesariamente romper totalmente con la formación psicoanalítica u otros enfoques psicoterapéuticos convencionales. Se trata de poner en acción una (re)significación, ajuste y/o traducción de su rol terapéutico, de sus prácticas de cuidado y de su identidad profesional. Éstos experimentan un deslizamiento, por lo menos en parte, de la representación social dominante que asocia a la práctica psicológica con la figura del psicoanalista y la terapéutica anclada en un modelo asistencial individual basado en las premisas interpretativas del psicoanálisis (Lodieu y Scaglia, 2006). El trabajo de ajuste y traducción habilita un aprendizaje de nuevas formas de realizar la práctica terapéutica, que les permite ampliar y experienciar otras maneras del ejercicio de la profesión, lo cual se va configurando en una praxis terapéutica integradora y complementaria.

En este sentido, la crisis del psicoanálisis descrita por Castel (1984), no refiere al fin del psicoanálisis como práctica psicoterapéutica, sino a la pérdida de control que el psicoanálisis ejercía sobre el proceso de difusión de la cultura psicológica en gran parte de las sociedades occidentales. Si bien la psicoterapia convencional durante el siglo XX ha sido ampliamente influenciada por la dominancia psicoanalítica en el terreno *psi* local, a partir de la década de 1980 esta dominancia terapéutica comienza a ser, por lo menos, cuestionada como matriz interpretativa univoca. La proliferación de nuevas técnicas psicológicas relacionadas con movimientos contraculturales como la Psicología Humanista y los movimientos del Potencial Humano, posibilitaron la expansión de múltiples ejercicios terapéuticos, que involucran desde el conductismo, el cognitivismo, la bioenergía, la terapia gestalt, el análisis transaccional hasta las constelaciones familiares, por mencionar solo algunas de las diversas técnicas y encuadres terapéuticos que conforman la oferta terapéutica local (Borda, 2015; Carozzi, 2000; Del Monaco, 2020; Fernández

[22] La relación entre la adopción del encuadre holístico y las decisiones relativas a la elección de un estilo de vida son retomadas y desarrolladas en el capítulo VI en referencia a las características y potencialidades distintivas de la práctica terapéutica integradora.

Álvarez, 2008; Freidin y Borda, 2015; Gorbato, 1994; Keegan, 2007; 2012; Korman, Viotti y Garay, 2010).

Para Castel (1984), éstas nuevas técnicas psicológicas derivan, en cierta medida, en sus comienzos del psicoanálisis, pero a su vez se han diferenciado de él. Para dicho autor son psicoanalíticas en un triple sentido, ya que suponen el psicoanálisis, le suceden (a la vez que coexisten con él) y retienen una parte de su mensaje. Sostiene que solapando su referencia psicoanalítica se han liberado en cierta medida de la problemática de la ortodoxia, es decir, de la actitud que pretende salvaguardar la pureza de una técnica y las condiciones de su reproducción en relación a la fidelidad al corpus freudiano y la formación de los analistas. La cultura psicológica se va así extendiendo, perdiendo la memoria de sus orígenes y la preocupación por la pureza de sus fundamentos teóricos[23].

La búsqueda de bienestar y autorrealización personal a través de la apelación de terapias no convencionales, fueron posicionando a un nuevo tipo de especialista que suma a su formación psicoterapéutica, técnicas y herramientas energético corporales, procurando trabajar desde una concepción más holística de la salud. Como vengo desarrollando en este análisis, según algunos analistas, las nuevas terapias revelan un proceso de conversión en nuestras sociedades orientado a la expansión personal de un sujeto predispuesto a descifrarse a sí mismo (Castel et al., 1980; Castel, 1984; Ehrenberg, 2000; Illouz, 2010).

El siguiente fragmento de entrevista da cuenta de cómo la identidad profesional puede ser reinterpretada en función de un estilo de vida atravesado por una concepción holística de la búsqueda de bienestar, el cual a su vez es soporte de una identidad para sí en medio de las transformaciones que experimenta el terreno profesional de las psicoterapias. Paula describe cómo se sentía escindida por no permitirse incorporar, a su trabajo terapéutico profesional, aquellas prácticas de cuidado de sí que excedían el encuadre psicoanalítico, pero que formaban parte de su búsqueda de bienestar en su vida cotidiana. Recién cuando dejó de auto exigirse con el cumplimiento del encuadre y el rol del psicoanalista, comenzó a desarrollar

[23] En el capítulo VI se detallan las particularidades de las prácticas de ajuste y traducción realizadas por las entrevistadas en el proceso de cambio hacia un encuadre holístico integrador basado en la amplitud y la complementariedad terapéutica.

una práctica terapéutica integradora que le permitió articular su estilo de vida con su profesión, experimentando así sensaciones de relajación y comodidad profesional.

> Soy licenciada en psicología, me dediqué al área clínica y me especialicé en psicoanálisis y género. Si bien yo venía haciendo otras cosas en mi vida, desde *Yoga*, *Reiki*, meditación, como que eso yo lo tenía en mi vida, pero en la profesión era como prohibido para mí, por la formación. Lo alternativo yo no lo incorporaba en los tratamientos con los pacientes. Mi auto exigencia era ser psicoanalista, y no encajaba mucho, tenía como un [hace silencio] no sé si era una pelea, una disconformidad; no es que no estaba de acuerdo, pero no me sentía muy cómoda, era como estar escindido, es decir, sólo mirar el esquema psíquico desde funciones, las represiones, el consciente; que eso es totalmente válido, existe, es así, yo les agradezco todo lo que aprendí, pero la verdad es que hay algo más, y ese algo más es de lo que no se habla o no se dice porque no se puede explicar, pasar a pensar que hay algo más en la enfermedad y en el síntoma, empezar a hablar del alma o de cierta energía. Entonces me empecé a animar a hacer algo distinto, que no sea hablar. Después empiezo constelaciones y fue bastante fuerte la experiencia con constelaciones porque era poner el cuerpo, el alma y todo ahí, me salía de mi encuadre, el encuadre que nos enseñan: que la hora, que el terapeuta, como que es otro encuadre más desde lo mental, con constelaciones medio que te corrés de todo ese esquema, era otra mirada, me costó un tiempo, pero fue un cambio. Hará un año a esta parte, es como que me empecé a reubicar y empecé verdaderamente a integrar, ahora me relajé, integrar me parece maravilloso (Paula)

En lo que respecta a la (re)significación de la identidad profesional de las entrevistadas, puede observarse el lugar creciente que adquiere la identidad reflexiva, entendiendo por la misma a la conformación del sí mismo que guarda cierta distancia con respecto a los roles y a las representaciones sociales objetivadas. Si bien se mantiene cierta identificación hacia un rol profesional adquirido desde la formación académica, resulta evidente el despliegue de nuevas formas de sentir, vivir y significar la profesión desde un estilo de vida signado por la concepción holística y la participación en una red de relaciones interpersonales en donde se integran ciertas premisas de la formación psicoanalítica con la dimensión energético-corporal y las técnicas terapéuticas no convencionales.

Las redes de interacción, en donde se establecen diferentes relaciones interpersonales, proporcionan apoyo a los individuos para establecer la

conformación de sus identidades particulares, pero también conforman los espacios en los que las identidades pueden ser objeto de negociación, ajustes y/o críticas. Los intercambios concretos realizados entre las personas, a nivel de las redes sociales, permiten una interpretación más dinámica de los significados identitarios (Deaux y Martin, 2003).

Las experiencias de resignificación de la identidad profesional y la práctica terapéutica, vivenciadas por las entrevistadas, no solo son motorizadas por las motivaciones y relaciones que establecen con otras personas dentro de la red que conforma el circuito alternativo -en donde ellas han experimentado el uso de diferentes terapias no convencionales en búsqueda de su propio bienestar personal-, sino también por su interés práctico de ampliar, reubicar y potencializar su ejercicio terapéutico al incorporar nuevas técnicas que les permitan superar lo que ellas consideran como limitaciones de las herramientas psicoanalíticas convencionales[24].

En este sentido, cuando entrevisté a Mónica, ella me expresó que sigue siendo importante acceder al inconsciente y ampliar la consciencia, pero ya no exclusivamente desde el uso de la palabra[25], sino que, desde una concepción más pragmática de la terapia, resulta valido la utilización de otros recursos terapéuticos no convencionales. Luego me siguió diciendo lo siguiente:

> Todos me dicen: ¿y eso de dónde lo sacaste? [en alusión a las terapias no convencionales] y digo: esto no lo saqué de ningún lado, esto soy yo, yo me siento que tengo un resumen de cosas, soy como una especie de nueva síntesis que me da resultados, sinteticé muchas cosas en mí, de distintos lugares. En general, mi tratamiento es psicoanalítico, esa es mi armadura pero con otro vínculo (...) a mí lo que me abrió fue ver la utilidad de todo esto, te voy a decir lo bueno que tengo es la flexibilidad: soy flexible (Mónica).

[24] La motivación en la integración terapéutica como forma de ampliar los recursos, técnicas y herramientas disponibles para ejercer el rol de terapeuta es desarrollado en el capítulo VI en relación a las características distintivas del encuadre holístico.

[25] El trabajo de ajuste y traducción de algunas premisas psicoanalíticas, como el ampliar la conciencia en términos terapéuticos no sólo a través del uso de la palabra, es desarrollado con mayor detalle en el capítulo VI.

Ella se describe como una "nueva síntesis" en relación a su experiencia de integrar diferentes terapias, pero aún así no se aparta totalmente de su formación psicoanalítica, advierte que trabaja desde otro tipo de vínculo. Reconoce que en dicha formación se encuentra su armadura para el ejercicio terapéutico; aún así la experiencia de integrar la utilidad de diferentes técnicas terapéuticas con el andamiaje de las premisas psicoanalíticas, se presenta como un ajuste que le ha permitido convertirse en dicha síntesis, deslizándose hacia una práctica terapéutica más flexible e integral.

Siguiendo a Latour (1983) puedo ver en las palabras de Mónica cómo en todas las traducciones se da un desplazamiento a través de diversas versiones, donde es posible y necesario transformar algunos significados, pero no necesariamente traicionarlos por completo. La experiencia de Mónica, que coincide con lo expresado por el resto de las entrevistadas, remite al carácter continuo e irreductible de la práctica terapéutica que ellas practican. Las traducciones y mediaciones práctico/conceptuales habilitan un ejercicio de ajuste más plural, flexible e integrador del trabajo terapéutico.

Una vivencia con matices diferentes se evidencia en el relato de algunas entrevistadas. Es el caso de Amelia, donde puede notarse cómo la formación académica es atravesada por un estilo de vida signado por experiencias previas con la meditación y la filosofía budista, que van conformando el ejercicio de una práctica terapéutica holística integradora.

> La psicología para mí te diría que fue el último escalón, antes de entrar en la psicología entré en el campo de la meditación, y eso es como un gran sostén de mi práctica terapéutica, la psicología clínica para mí fue lo último. Fui llevando mi vocación de una manera abierta, hoy trabajo dentro de la psicología con un encuadre poco académico, y tiene que ver con la inclusión del cuerpo en la terapia, tiene que ver con la inclusión de la espiritualidad, yo empecé a trabajar en el budismo tibetano. Cuando yo me recibí de psicóloga, ya la meditación era parte de mi vida. Todo lo que hago ahora está como muy signado por esas líneas que parecían tan antagónicas y que no tenían similitud, y sin embargo hoy las termino uniendo en lo que estoy haciendo. Creo que es importante que un terapeuta tenga la parte formal, ese marco teórico que te da como un sostén y poder discriminar hoy si una persona tiene rasgos psicóticos o no es algo muy importante. Si bien no son grandes cosas las que aprendí en la

> universidad, fueron cosas muy importantes, me dan como una seguridad, pero dentro mío ya está todo muy integrado, las constelaciones familiares a mí me hicieron como un clic importante porque sentí que era algo que podía unir lo espiritual, que yo ya traía, con lo académico (Amelia)

En este caso la capacitación formal profesional en el ámbito psicoterapéutico y su posterior titulación se describen como un estadio final en la formación como terapeuta. Si bien se valoran las herramientas psicoterapéuticas convencionales adquiridas en la preparación universitaria, las cuales brindan cierta seguridad, sobre todo a la hora de adquirir conocimientos relacionados con la posibilidad de establecer un psicodiagnóstico adecuado, desde un comienzo la vocación profesional y el sostén de la práctica terapéutica se inscriben dentro de la lógica de la integración. En algunas de las psicólogas la preparación universitaria se encuentra tamizada por las experiencias espirituales previas, conforme a un estilo de vida atravesado por la concepción holística.

Para Amelia el desarrollo de su práctica terapéutica es una vocación que fue llevando de manera abierta, a través de la inclusión del cuerpo y la espiritualidad, uniendo así perspectivas terapéuticas que parecían ser antagónicas, pero que para ella se encuentran muy integradas en su propio interior. Lejos de despojarse de los aportes teóricos incorporados en la formación universitaria como psicóloga, los revaloriza, traduce e integra desde una práctica terapéutica que une la perspectiva holística integradora con los conocimientos académicos, evidenciándose así la irreductibilidad y continuidad de múltiples y diversas prácticas terapéuticas en el ejercicio de la profesión.

La idea de que el cambio en la identidad para otros se reinterpreta en función de la elección de un estilo de vida, el cual sirve a su vez como soporte de una identidad para sí en constante devenir (Dubar, 2002), permite identificar las reconfiguraciones de la identidad profesional de las entrevistadas, en cuanto a la emergencia de nuevas formas de significar y traducir su oficio terapéutico en relación a las elecciones que configuran su estilo de vida.

Esta experiencia les ha permitido, en cierta forma, realizar ajustes dinámicos en el ejercicio de su rol terapéutico a través de la integración de múltiples técnicas

terapéuticas, derivando en un deslizamiento y/o pase de la representación social dominante de los/as psicólogos/as que se caracteriza por un modelo asistencial individual basado teóricamente en el psicoanálisis, hacia una práctica terapéutica holística, integradora y complementaria.

Si bien Carozzi (2000) afirma que el buscador del circuito alternativo fluye y circula por agrupaciones generalmente efímeras, estableciendo relaciones mayormente provisorias, los hallazgos de mi investigación no me permiten describir la consistencia de los vínculos y relaciones interpersonales establecidas por las entrevistadas dentro de la red del circuito alternativo del Área Metropolitana de Buenos Aires.

La idea de circulación y fluidez ha sido en cambio de mucha utilidad en mi trabajo para ayudarme a interpretar cómo la conformación de la identidad profesional de las psicólogas entrevistadas remite más a un proceso reflexivo, abierto a la contingencia del cambio, a la traducción y al ajuste por medio de mediaciones prácticas y conceptuales, que a un modelo profesional estrictamente heredado de acuerdo a la representación social dominante de su profesión.

> Para mí, mi profesión es mi propio camino, creo profundamente en lo que ofrezco, yo me describo absolutamente comprometida con lo que hago, tanto en lo que predico como en lo que practico (...) empiezo mi año número 27 de profesión, sin embargo jamás yo me escucho decir: bueno, no busco más nada, no tengo más nada que buscar, al contrario (Sofía)

El dinamismo de dicho proceso reflexivo se encuentra íntimamente relacionado con las prácticas referidas al estilo de vida de las entrevistadas, a su participación en una red de pares que comparten una perspectiva integral del cuidado de la salud psicoemocional, como así también a un contexto de cambios y transformaciones al interior del terreno de las psicoterapias en la contemporaneidad. En las psicólogas entrevistadas esto se manifiesta en su intención de ejercer una práctica terapéutica integradora hacia un cuidado holístico de la salud psíquica, emocional, espiritual y corporal, realizando múltiples traducciones y ajustes de su

práctica terapéutica, en las mismas situaciones y vivencias que configuran su trayectoria profesional.

Sus trayectorias y desarrollos profesionales son interpretadas por las entrevistadas como una búsqueda permanente, como una vocación y como un camino propio que se va transformando y constituyendo desde la práctica terapéutica misma.

4.1. Reflexiones finales

En este capítulo aborde la construcción de la identidad profesional de psicólogas cuyas opciones de carrera y desempeño profesional toman cierta distancia de la representación social dominante de su profesión al incorporar enfoques y técnicas terapéuticas no convencionales. Presenté este proceso dentro del contexto socio-cultural más amplio de las condiciones del trabajo identitario en la modernidad tardía, caracterizado por mutaciones en los procesos de socialización e identificación con los roles sociales, la diversificación de autoridades expertas y la pluralización de los estilos de vida.

En este escenario, el trabajo reflexivo de las entrevistadas en relación a las elecciones de estilo de vida, abarca distintas situaciones que conforman sus trayectorias profesionales, afectando así su práctica terapéutica. El dinamismo propio de la profesión que he tomado como caso de estudio, con los distintos movimientos, procesos de fractura y yuxtaposición de perspectivas y prácticas, demuestra cómo se ha diversificado el horizonte de oportunidades para el desempeño profesional y las formas de identificación con el trabajo psicoterapéutico más allá de la titulación académica compartida.

En este contexto, la negociación de la identidad profesional reviste especial relevancia como dimensión de análisis, en especial en lo referente a las prácticas situadas de ajustes y traducciones que desde ella se despliegan. Rescatar las

experiencias y perspectivas de psicólogas con carreras atípicas permite dar visibilidad a voces complementarias, y por momentos críticas, de los encuadres terapéuticos convencionales y/o tradicionales, desde el interior de la misma profesión psicológica.

Los proyectos y trayectorias profesionales de las entrevistadas, con sus aspectos comunes y diferenciales, dan cuenta de procesos de segmentación o diferenciación respecto de sus pares ortodoxos en términos de interés por otros paradigmas terapéuticos, modalidades de práctica y formas de identificación con la profesión, aunque esta diferenciación se da en clave de continuidad[26].

Las decisiones de carrera de las entrevistadas, expresan, por un lado, retomando a Dubar (2002), el interjuego entre las identidades colectivas reivindicadas y las cuestionadas, a través de un trabajo identitario que se despliega en el tiempo y en el que la búsqueda de autenticidad adquiere centralidad.

Varias entrevistadas expresaron haber experimentado tensiones como crisis de carrera, producto del desfase entre un estilo de vida orientado hacia las premisas del holísmo terapéutico y el desempeño profesional normativo, donde la integración de terapias no convencionales en la práctica profesional constituye un camino para superar y ajustar las contradicciones de la socialización dominante de su profesión y la vida laboral en el marco más amplio del proyecto vital.

La búsqueda de coherencia entre la vida personal y la profesional es el hilo conductor de las narrativas sobre las decisiones de carrera y los virajes. Como Giddens (1995) lo plantea, el logro de autenticidad deriva de integrar las experiencias vitales en un marco narrativo de desarrollo personal en el que la primera lealtad es hacia uno mismo.

Por otro lado, para algunas terapeutas no se trata de resolver contradicciones entre distintas esferas de experiencias, ni superar crisis de carrera, sino que el compromiso vocacional implica ampliar el horizonte de conocimiento y repertorio terapéutico, para poder ejercer una práctica terapéutica más integral.

[26] En el capítulo VI describo con mayor detalle aquellas distinciones de la práctica terapéutica integradora que permite a las entrevistadas diferenciarse de sus colegas ortodoxos y/o convencionales.

He conceptualizado las psicoterapias como un espacio facilitador del despliegue de un proyecto reflexivo de la identidad del *self* en la contemporaneidad y como espacios inherentes a la creatividad social, donde el lenguaje psicoterapéutico se va diversificado y entrelazado con los imperativos culturales de la búsqueda de felicidad y bienestar, la confianza en uno mismo y la creencia en la posibilidad de perfeccionar el *self* (Illouz, 2010).

Al pluralizarse el discurso psicológico ha logrado organizar las narrativas contemporáneas del *self* y la identidad, ofreciendo herramientas terapéuticas de autointerpretación que promueven un proceso continuo de narrativización del *self*, produciendo transformaciones en la experiencia y el discurso autobiográfico de las entrevistadas.

Si bien ciertas características de la identidad profesional ligada a la representación social dominante de los/as psicólogos/as, y a una práctica clínica psicoterapéutica relacionada al psicoanálisis, perduran en las psicólogas entrevistadas, también resulta evidente que ésta impronta de su formación universitaria y profesional, convive e interactúa con su incursión en una red de relaciones interpersonales que conforman un estilo de vida signado por una concepción más holística del bienestar integral. Esta experiencia habilitó en ellas una constante búsqueda de técnicas terapéuticas no convencionales, que al ser integradas a su práctica profesional dieron lugar al despliegue de una narración reflexiva de sí mismas en constante construcción. Este proceso atravesado por el pluralismo terapéutico dinamiza el trabajo identitario, pero no borra los límites inherentes al terreno profesional, sino que los extiende más aquí o más allá, reinterpretándolos y traduciéndolos de acuerdo a la trayectoria biográfica de cada entrevistada.

Desde la experiencia práctica de integración terapéutica las entrevistadas evidencian un proceso de (re)significación de su identidad profesional que se desliza de la representación social dominante de los psicoterapeutas locales, lo cual reviste gran particularidad en un contexto socio-cultural como el argentino, en donde el psicoanálisis se encuentra plenamente institucionalizado y arraigado en la cultura de las clases media y alta urbanas donde se inscriben en términos socio estructurales las psicólogas entrevistadas.

5. Capítulo V. ¿Del malestar en la cultura a la cultura del malestar?

No puedo someterme al destino por mucho tiempo más. Lo que quiero no es ser bueno como nuestra tradición lo entendía, sino hacer mi propio camino. Pero ¿cómo? ¿qué tendré que sufrir? Esta ansiedad me corroe

(V.S. Naipaul)

En este capítulo, siguiendo mi hipótesis de trabajo, abordo uno de los dos correlatos que se articula con el imperativo cultural de la expansión personal como criterio normalizador de la modernidad tardía, me refiero específicamente a la emergencia de nuevas formas de sufrimiento psíquico emocional. No se trata de analizar si los individuos sufren más hoy que antes, algo imposible de descifrar por cierto, sino antes bien indagar si existen diferenciales en términos de las afecciones que provocan malestar y padecimientos en la actualidad. En este sentido la pregunta que guía mi análisis es ¿cómo se vinculan los procesos actuales de expansión personal con la emergencia de nuevas formas de sufrimiento psíquico?

Para responder este interrogante comienzo analizando cómo caracterizan las psicólogas entrevistadas las formas de sufrimiento contemporáneo en base a sus experiencias terapéuticas brindadas a sus pacientes y lo que ellas identifican como motivos recurrentes en las consultas. Luego focalizo mi análisis en las experiencias que ellas denominan como "crisis de sentido" y/o "vacío existencial", situación que adquiere gran centralidad en los relatos de las entrevistadas como rasgo distintivo que atraviesa las afecciones psicoemocionales actuales. Finalmente, en diálogo con los aportes y discusiones conceptuales relativas al imperativo cultural de la expansión personal, analizo desde la categoría *narcisismo patológico,* las particularidades psicosociales que adquieren en la actualidad los cuadros depresivos en el contexto de las transformaciones socio-culturales de la modernidad tardía.

5.1. Motivos actuales de consulta: crisis de sentidos y vacío existencial

Al abordar esta cuestión, resulta relevante comprender que la articulación entre deseo y cultura nos anima a pensar que las transformaciones socio culturales actuales, especialmente la relación entre cuidado de sí y el principio de la expansión personal, pueden generar consecuencias sobre las significaciones y la subjetividad de las personas, constriñendo sustancialmente sus deseos, su sentido de realidad y su autoestima. Al mismo tiempo constituyen implicancias en las fantasías de los individuos, sus vínculos con los otros y consigo mismo (Ehrenberg, 2000; Guinsberg, 1994; Hornstein, 2013).

En este sentido Freud (1930) describió el malestar que provoca la sofocación de los deseos pulsionales por la cultura; también destacó la imposibilidad de realización total de la felicidad, hacia la cual tendería el principio de placer, la cual se encontraría limitada por el principio de realidad. Reconoció que gran parte del trabajo de la humanidad se concentra en la tarea de encontrar un equilibrio acorde a fines, es decir, el logro de cierto grado de felicidad que se intenta alcanzar conciliando las demandas individuales y las exigencias culturales. El padre del psicoanálisis advierte sobre la necesidad de preguntarnos si mediante determinada configuración cultural ese equilibrio puede alcanzarse o si el conflicto es insalvable. Los aportes de Lacan (1981; 1990) permiten comprender que siempre habrá insatisfacción en el plano de la cultura porque es el plano de la representación de lo real. El sujeto lacaniano es el sujeto del inconsciente, un sujeto que funciona como producto, efecto y agente del lenguaje. Guiada por estas premisas, la perspectiva psicoanalítica considera que el desarrollo humano se relaciona con cierta insatisfacción que no logra ser calmada, debido a que en el plano de la cultura el sujeto encuentra como respuesta a sus necesidades y deseos solo símbolos. El paso de lo natural a la cultura no es algo progresivo, es una operación simbólica, lógica y no cronológica, por la cual el *infans* adviene al mundo cultural, donde el lenguaje cambia lo necesario por lo deseable. Lo real/natural se pierde para entrar en cultura, inaugurándose así una serie de insatisfacciones intrínsecas a la condición humana (Lacan, 1981).

Estos aportes de la teoría psicoanalítica permiten interpretar a la psicopatología como un indicador de las condiciones socio culturales en que se ubica cada persona, representando un producto de las contradicciones históricas de su momento. En este sentido, así como la histeria fue dominante durante el periodo victoriano, las depresiones lo serían en la actualidad. No tanto lo que se conoce como psicosis maníaco depresiva, sino estados generales de depresión (Ehrenberg, 2000; Hornstein, 2013).

Hornstein (2013) y Kristeva (1995) al referirse sobre los motivos más comunes que movilizan a las personas a iniciar una terapia en la actualidad advierten la manifestación de diversos sufrimientos y síntomas relacionados con problemas de autoestima, vulnerabilidad a las heridas narcisistas y dificultades para establecer relaciones significativas, junto a intensas angustias, depresiones y temores vinculados a crisis de ideales y valores.

Para Guinsberg (2010), Hornstein (2013) y Sissa (1998) la búsqueda del individuo contemporáneo se centraría principalmente en encontrar un sentido a la vida, sentido que se transformaría en un fin existencial supremo, pero que resultaría difícil de definir por aquellas personas que se arrojan a su encuentro, ya que a lo sumo, debido a un contexto socio-cultural impregnado por la lógica del deseo y el hiperconsumo, suele solo adjudicársele a meros sentidos genéricos de éxito, figuración y goce. Ehrenberg (2000) y Guinsberg (2010) coinciden en que estos últimos serían difícilmente alcanzables en la práctica, debido a los esfuerzos que implicaría alcanzar una imagen de sí mismo demasiado idealizada en un contexto de competencia exacerbada y estándares idílicos de bienestar.

Actualmente el malestar en la cultura no sólo proviene de las limitaciones que ésta impone a los deseos individuales, sino también de las características específicas que adquieren los valores y normas culturales. El rendimiento productivo, el trabajo competitivo y una nueva dimensión ontológica del consumo emocional orientado hacia el desarrollo y expansión personal, son valores centrales del modelo cultural capitalista occidental, que si bien afectan principalmente a los sectores sociales medios y altos urbanos con amplios niveles educativos, también conforman los parámetros culturales que constriñen la subjetividad de grandes sectores de la población (Lipovetsky, 2010).

Kristeva (1995) sostiene que actualmente existe la emergencia de una serie de nuevas enfermedades del alma, donde los individuos de hoy, presionados por el estrés, impacientes por ganar, gastar y gozar, terminarían prescindiendo de la representación de su experiencia. Para la autora el individuo moderno sería un narcisista, que si bien experimenta dolor, difícilmente sienta remordimiento. Cuando no está deprimido puede llegar a exaltarse con objetos menores y luego desvalorizarse debido a un placer perverso que no conoce satisfacción alguna (Sissa, 1998).

Según Lebrun (2003), Kristeva (1995) y Sissa (1998) la capacidad simbólica parecería estar disminuyendo en aras de un aumento de las imágenes, lo cual podría desdibujar los límites de lo imposible, las fronteras entre el placer y la realidad, como así también entre lo verdadero y lo falso. Los autores citados consideran que en la actualidad la vida psíquica corre el riesgo de ubicarse entre los síntomas somáticos y la transferencia a imágenes de los deseos, pudiéndose generar múltiples inhibiciones y bloqueos. Según Kristeva (1995) y Hornstein (2013) un rasgo recurrente en las personas que llegan actualmente a la consulta psicoterapéutica es la dificultad para simbolizar traumas y conflictos insoportables, siendo la consecuencia de su carencia la impotencia.

En este sentido, resultan muy interesantes las apreciaciones de las entrevistadas al ser consultadas sobre los principales motivos que movilizan la consulta de sus pacientes en la actualidad, y los cambios que notan en dichos motivos a lo largo de sus trayectorias profesionales con respecto a décadas pasadas. En el transcurso de las entrevistas, el eje de indagación referido a las preguntas sobre las características que adquiere el sufrimiento contemporáneo, permitió que las entrevistadas se explayaran en su propia caracterización sobre el mismo, dando cuenta no sólo de los principales motivos de consulta, sino también de aquello que consideran central en relación a las dolencias y malestares actuales.

Las entrevistadas coinciden en señalar una diversidad de situaciones y dolencias que motorizan la consulta terapéutica de sus pacientes actualmente, las cuales implican centralmente problemas vinculares con la pareja, con los/as hijos/as, con compañeros/as de trabajo, duelos no terminados o ni empezados, anorexia,

bulimia, falta de comunicación, soledad, consumo problemático de drogas, abusos sexuales, ataques de pánico, fobias, depresión, ansiedad, angustia y estrés.

Ahora bien, *a priori* nada de esto permitiría pensar en un sustancial cambio en los motivos de consulta y/o algo diferencial en términos de dolencias y sufrimiento, pero lo interesante es que las entrevistadas coinciden en entender toda ésta serie de dolencias como síntomas que manifiestan un sufrimiento más profundo que resulta para ellas algo característico del malestar en la actualidad.

Si bien los motivos de consulta anteriormente mencionados representan la primera expresión de sus pacientes en la consulta inicial, las entrevistadas coinciden en señalar que lo que termina vislumbrándose en el proceso terapéutico, más allá de la afección puntual que motivó la consulta, es un agudo padecimiento que se relaciona con lo que ellas caracterizaron como una crisis existencial que se manifiesta con una angustia creciente sobre la falta de sentido de sus vidas, dudas sobre quién es uno/a mismo/a y cuál es el propósito de la vida misma.

Las entrevistadas manifestaron que sus pacientes evidencian una notable falta de disfrute e insatisfacción, sentimientos de vulnerabilidad e incertidumbre, desvalorización personal por sentirse que no están a la altura para alcanzar logros personales ante las exigencias contemporáneas que terminan manifestándose en una insoportable angustia y ansiedad existenciarias.

Según la mirada de las entrevistadas las personas que se acercan a la consulta actualmente expresan una clara necesidad de encontrarse consigo mismas, de escucharse a sí mismas, de ser ellas mismas y desde ese encuentro consigo mismas encontrarle un sentido a sus vidas. En palabras de Susana:

> Lo que más aparece es la ansiedad, la ansiedad de existir te diría, yo creo que lo que más hay hoy día no es tanto una necesidad de expresión del deseo ¿no?, y de acceso al deseo como en la época victoriana, con la represión que había y demás, o en los años '70 y '80, sino que hoy lo que hay es como algo mas previo, que es no tanto una necesidad de expresión sino una necesidad de contención, de sentir, de sentirse, me parece re sutil lo que te estoy diciendo (...) de sentirse a sí mismo para desde ahí, bueno, ¿qué expresar? ¿qué deseo?, como si el deseo fuese un estadio posterior, hay mucha necesidad insatisfecha (...) los problemas que se ven más son como

> problemas que se arman previo a que aparezca un deseo que esta reprimiendo, que no tiene acceso a expresarse. Hay algo previo, como necesidad de sentir seguridad, limite, contención para poder sentir algunas emociones y no desbordarse, y no angustiarse mucho, no explotar. Como organismos que están más siempre al punto de algo que explota, más que encerrados (Susana)

Las siguientes palabras de Lucía y Gala expresan una lucha actual contra los sentimientos de vulnerabilidad generados por una actualidad que se presenta marcada por la incertidumbre, la incapacidad de soportar y la búsqueda de anestesia para transitar los malestares de la vida cotidiana que no permiten el disfrute.

> Creo que es una continua lucha con nuestra vulnerabilidad. Intentando anestesiarla, soportamos muy poco nuestra vulnerabilidad como seres humanos, sentirnos vulnerables. Me refiero a esa vulnerabilidad cotidiana, de la incertidumbre, vivir sin garantías de qué va a pasar en el minuto siguiente, el miedo a la exposición (...) es tremendamente sufrido, todos los pacientes llegan y lo primero que yo escucho es cómo es su manera particular de lucha para parar de sentirse vulnerable (Lucía).

> Los motivos más recurrentes de consulta tienen que ver con crisis existenciales, preguntas como ¿quién soy? ¿para qué estoy? ¿qué me gusta? ¿qué quiero? Poder intentar modificar ciertas perturbaciones en lo cotidiano, el trabajo, el estrés, el cansancio, el no disfrute de la vida, muchos conflictos en lo vincular, desde parejas hasta conflictos con jefes, con grupos de trabajo. Estoy tratando de hacer algo como muy resumido porque es muy particular la demanda de cada uno; sí, creo que tiene que ver más con la búsqueda de bienestar (Gala)

Según Ehrenberg (2000) la economía psíquica contemporánea habría sufrido modificaciones, ya que en la actualidad no sería tanto el conflicto intrapsíquico el que pondría en crisis la estabilidad psicoemocional de las personas, sino cada vez más la falta de sentido para un proyecto vital que genera un vacío existencial. Dicho autor expresa que las demandas terapéuticas actuales suelen orientarse en menor medida hacía los conflictos y las prohibiciones que suelen vincularse con un orden social de tipo disciplinario, para relacionarse cada vez más

con la necesidad de ser, de lograr el desarrollo del potencial interior bajo la premisa de encontrarse con uno mismo y ser ese ser auténticamente singular.

Esta experiencia como rasgo característico del sufrimiento contemporáneo queda muy bien expresada por las palabras de Sofía al ser consultada sobre los principales motivos de consulta en la actualidad.

> Lo que viene a buscar la mayoría es ese propósito mayor que le dé sentido a la falta de sentido que están teniendo en la vida, los motivos más comunes por el cual un paciente llega hoy día son los trastornos de ansiedad y las angustias, por esa falta de sentido, que no lo da ni un trabajo, ni tu estatus, ni los hijos, ni la economía, sino que fijate que la humanidad entera, desde todos los lugares, desde la medicina, desde la alimentación, está en una búsqueda de sentido trascendente que no se encuentra afuera; y como se está cayendo todo por afuera, ¿viste?, las instituciones creíbles que ya no lo son, bueno, todo, por donde mires (...) aunque tal vez no sea éste el motivo que manifiestan, el sentido latente es la falta de sentido y la necesidad de resignificar el sentido a la propia existencia. Yo creo que el sufrimiento existencial actual tiene que ver con, justamente, con que fuimos muy, muy alejados de quienes verdaderamente somos (...) como común denominador es que nos alejamos de la conciencia de quiénes verdaderamente somos (Sofía)

Las entrevistadas también se refirieron, en este mismo sentido, a otro aspecto interesante de las sociedades occidentales contemporáneas y la emergencia de nuevas formas de sufrimiento y malestar, el cual se relaciona con experiencias vivenciales donde las nuevas necesidades de consumo y sus satisfacciones, como las nuevas libertades que ofrece la sociedad tecnológica, operarían contra la auténtica liberación del individuo, volviendo contra él sus facultades físicas y mentales, y aún su energía instintiva. Esto generaría que muchas personas experimenten profundos sentimientos de frustración, permitiendo que un odio penetrante emerja bajo la aparente felicidad y la superficial satisfacción que caracterizan a las sociedades opulentas de nuestra época, motivo por el cual se evidenciaría un notable crecimiento de la agresividad y la insatisfacción (Marcuse, 1975).

Al respecto resultan elocuentes las palabras de Nora, quien identifica esta situación angustiante en sus pacientes, expresada en muchas crisis depresivas que se manifiestan de forma más activa en la actualidad.

> Mucho ataque de pánico, mucha crisis de angustia y depresión, ahora me parece que hay más como ésta manifestación más activa de la depresión que podría ser ataques de pánico, más violencia, como rasgos más activos (...) yo creo que también hay mucha cosa puesta afuera, puesta en el tener antes que en el ser, hay mucho estrés laboral, mucha vorágine con respecto a cumplir, a tener más dinero, a tener mejores vacaciones y eso provoca muchísimo sufrimiento, angustia a no poder llegar, a que cuando llegaste a una cosa necesitas hacer la otra (...) mucha desesperación también en el no saber, mucho no saber qué hacer, mucha gente que no tiene rumbo, que no sabe a dónde va, qué quiere de su vida y te estoy hablando de gente que por ahí es exitosa en su trabajo, en su estudio y sin embargo te dicen: “no se para que estoy haciendo esto, no soy feliz, no estoy bien, no me siento completo”, y eso como que hace ruido porque esa persona que vos ves desde afuera y que está todo bien y que tienen una pareja bárbara, tiene hijos divinos, en el trabajo le va genial, tiene el mejor auto, se va de vacaciones a Disney (...) vos ves el facebook y decís: ¡wow, que vida!, pero yo que los escucho todas las semanas no podes creer la discrepancia que hay entre una cosa y la otra (Nora)

Las siguientes palabras de Vanesa describen cómo la falta de sentido en la vida puede provocar sensaciones de disgusto y malestar consigo mismo/a, que llevarían a las personas a experiencias de auto odio y auto rechazo que podrían generar diversos tipos de trastornos y sufrimiento personales, como así también problemas en los vínculos interpersonales debido a situaciones de constante enojo y peleas.

> Muchísima gente que de un modo u otro necesita algo que le dé sentido a su vida, o sea, lo que está buscando es sentido y hay una sensación de no querer pertenecer al mundo, de disgusto consigo mismo (...) te dría en todo caso que la problemática mayor de la persona occidental es su nivel de auto odio tremendo que se expresa de muchas maneras. Uno de ellos es la violencia de pareja, la violencia intrafamiliar, el móvil, el *bullying*, la persona se detesta y de algún modo encuentra y se queda en ámbitos donde señala eso detestable entre comillas que esa persona tenga. La palabra auto odio no está mucho en el léxico de la psicología. A partir de allí

> vienen trastornos psicosomáticos, trastornos alimentarios, trastorno obsesivo compulsivo, tendencia suicida, todo eso sucede o tendencias depresivas. Pero debajo creo que hay una búsqueda de sentido y un auto rechazo importante si querés como palabra resonante ¿no?, una falta de auto apreciación muy marcada (Vanesa).

En este sentido, y en referencia a las acuciantes situaciones de violencia y angustia relacionadas con los mandatos culturales actuales, donde el creciente aumento de la depresión sería una manifestación latente de los cuadros de estrés relacionados con el exigente ideal de éxito contemporáneo y la promoción de todo tipo de mercancías que fomentan deseos imposibles de realizar, Sofía y Amelia describen una interesante síntesis del sufrimiento contemporáneo relacionado con la actual emergencia de significativas experiencias de frustración debido al inevitable contraste que se genera al comparar el exigente ideal proyectado culturalmente con lo que se es o lo que se tiene realmente, generando la emergencia actual de toda una sintomatología de la ansiedad signada por experiencias de alienación.

> Primero, la sobre estimulación que hay a los sentidos. Vivimos en una cultura donde nuestros sentidos están exaltados 24 horas al día: visuales, auditivos, todo el tiempo. Segundo, la educación y la formación que traemos desde lo familiar, como te decía, desde lo cultural, desde lo religioso. Acá en Occidente nos invitaron a mirar hacia afuera, no hacia adentro, así que partí de ahí. Me parece que es un conjunto de todo esto. Además, esta cultura que tenemos de tener que rendir, y tener que producir, y nada de lo que tengamos es suficiente, o sea, todo el tiempo se nos está estimulando ir hacia afuera. Por eso fijate que hoy hay muchísimas personas que desde diferentes lugares tratan de tomar un tiempo para sí, respirando, haciendo *yoga*, meditando; vas a los parques públicos y ¿vos viste la cantidad de personas que están haciendo *tai chi*?, bueno, tiene que ver con eso, con el poder brindarte un rato de volver adentro, y cada uno lo va encontrando como puede, pero entiendo que es todo una cultura muy de la producción, de la sociedad de consumo, que nos lleva a… bueno, estamos todos en este mismo juego ¿no?, y si no estamos atentos, quedamos muy fácil atrapados en los sentidos (Sofía).

> Claro, sí, porque la persona lo único que sabe es que tiene taquicardia, pero está tan alienada que no es que tiene conciencia de un sufrimiento determinado. La persona lo que está es tratando de responder a un sistema al cual nunca llega, o sea, nunca llega a

> cumplir sus expectativas. Es como que cada vez la expectativa sobre la persona que está trabajando es mayor, y la persona toma esas expectativas sobre sí, y lo único que está tratando es de cumplir con esas expectativas olvidándose de sí misma. Hasta que llega un punto que el sistema psicofísico, por suerte, colapsa y la persona entra en una crisis, que muchas veces ni siquiera tiene conciencia de que es una crisis existencial (...) como si hubiera mucha sintomatología con la ansiedad, todas cosas que son bien producto del estrés, que antes no había tanto, o por lo menos a mí no me llegaban tanto (...) creo que se agregan más todas patologías que tienen más que ver con la alienación de la persona por la crisis social que hay. Como si hubiera una cosa del anonimato, de tratar cada vez más a la persona como un ente anónimo que termina haciendo eclosión en sintomatologías psicopatológicas, donde la persona deja de ser vista como una persona y empieza a ser como parte de un engranaje en un sistema económico, en un sistema social, en un sistema laboral, digamos, y me parece que esa alienación de la persona termina desembocando en psicopatologías (Amelia)

Lo que estaría en juego en los análisis desarrollados es que la promoción constante de la estimulación del consumo y la productividad, bajo la finalidad última de alcanzar un bienestar ampliado, no trascendería del goce momentáneo debido a su vacío de significaciones. Según Gergen (2006) y Guinsberg (1994) existiría un importante grado de insatisfacción y estrés en los individuos contemporáneos debido a la rapidez de los cambios en el mundo moderno y la dificultad de adecuarse a los mismos ante una vorágine signada por la necesidad de la inmediatez de las resoluciones de conflictos y malestares, experimentándose crecientes sentimientos de pequeñez e insuficiencia frente a las propias construcciones tecno-científicas humanas.

Esta particularidad del contexto socio-histórico actual que termina decantando en situaciones de malestar, angustia y cuadros depresivos, fue mencionada por las entrevistadas como algo que recurrentemente se evidencia en el espacio de la consulta. Las siguientes palabras de Lucía y Carla dan cuenta de la relevancia que adquiere en la actualidad la ansiedad por resolver los conflictos y malestares de forma inmediata, entendiendo a la ansiedad inclusive como un modo emocional de expresión actual en un contexto de aceleración de los ritmos de vida en donde el desarrollo de las tecnologías de comunicación juega un rol importante.

> Lo que yo estoy percibiendo últimamente es la inmediatez, como algo que es una sensación que aparece ¿no?, me pasa esto y necesito resolverlo medio que ya, no puedo sostener la angustia mucho más, como la necesidad de una solución, rapidito (Lucía).

> Mucha ansiedad que se expresa de diferentes formas. El tema de cómo funciona nuestra mente. Tenemos la mente muy acelerada. Una incapacidad muy grande para estar en el presente, para el disfrute, para el agradecimiento, para sentir satisfacción y plenitud con el momento así como es. Entonces la ansiedad es esto, siempre nunca alcanza. Siempre estar como queriendo más, o estar en otro lugar, o ser otra persona (...) y la ansiedad muchas veces a la larga va llevando a la depresión, y la ansiedad va acompañada de un costado que es el miedo, el miedo a “me estoy perdiendo de algo” o el miedo a que "estoy fallando en algo", o el miedo a que "no estoy logrando algo", el miedo a que "no estoy a la altura de" también genera ansiedad. Veo la ansiedad como el modo emocional en el cual nos expresamos, creo que ante todo la sensación de miedo y de no poder confiar en quiénes somos en lo profundo. Y después, ahora agregado, pero esto se encamina con lo mismo, que se agrega todo el tema de la tecnología, la tecnología es como que ocupa un lugar complicado en nuestras vidas. Está como casi en el medio, y hay paciente que me traen sus charlas con las parejas por *whatsapp*, o sea, todo se resuelve por *whatsapp*. Eso también trastocó de alguna forma la práctica. Es como que “le voy a dejar un mensaje”, “le dejo un audio”, “resuelvo las cosas de esta forma”. No esto de “me siento, miro a los ojos, hablo”. Todo esto también tenemos que tenerlo en cuenta porque si no trabajamos en nosotros mismos la tecnología va a ser otro instrumento más para, en realidad, alimentar lo peor en nosotros (Carla)

En este sentido, según Gergen (2006), el desarrollo de las nuevas tecnologías de comunicación permitiría, no solo mayor acceso a la información, sino también un aumento del establecimiento de relaciones sociales, constituyendo un proceso de saturación social del *self* que expande la capacidad de discernimiento, la formación de expectativas y valores, como así también la diversificación de opiniones antagónicas sobre los criterios para recalificarse, pudiendo convertir a la vida cotidiana en un mar de exigencias orientadas hacia el bienestar personal.

Superar las situaciones de pérdidas y fracasos representaría un desafío difícil de afrontar para sujetos inmersos en un imperativo cultural que pregona compulsivamente el constante optimismo, el óptimo rendimiento personal y la

necesidad de búsqueda de ese ideal de plenitud (Ehrenberg, 2000; Guinsberg, 2010).

Para las entrevistadas resulta paradójico que si bien podría pensarse que en la actualidad las personas se encuentran más conectadas entre sí gracias al desarrollo de las tecnologías de comunicación, esto no necesariamente sucede, y la soledad, la desconexión, el desencuentro y el aceleramiento de los ritmos de vida son motivos de angustias inespecíficas en medio de un creciente aumento de las responsabilidades, los estímulos y las tareas cotidianas en la actualidad.

Las siguientes expresiones de Fernanda y Martha dan cuenta de este fenómeno actual de cambio y transformación socio cultural:

> Sí, como una cierta, paradójicamente, distancia que se ha creado con los otros. A la vez que estamos reconectados, que los tenemos todo el tiempo en el *whatsapp*, en esto y en lo otro, también tantos estímulos, tantas actividades, y estar un poco mareados y perdidos en las cosas, nos hace no estar suficientemente en uno mismo (Fernanda).

> Si, una sociedad donde la mujer empezó a tener otro lugar estos últimos años, donde la mujer tiene que salir a trabajar a la par del hombre, donde la pareja llega, los dos trabajan, los niños están todo el día en un jardín maternal o en la escuela haciendo otras cosas y hay poca… se perdió mucho lo que es la tribu. Esto de la comunidad familiar. Las parejitas llegan agotadas, devastadas a tener que atender a los chicos, que los deberes, que el baño, estar atentos que tienen que cocinar, es un montón. Es un gran desencuentro. Tanto en las parejas como en los papás con los nenes y eso está generando una sociedad con mucha desconexión. Vos pensá que están todo el día con el celular, la gente adulta, de todas las edades. Todo el tiempo. Donde vos los ves están con el celular y entonces ¿dónde está el contacto?; parejas que se pelean por *whatsapp*. Se conocen por las redes sociales y terminan, ¿cómo vas a terminar una relación que no es de una semana, y no se miraron a los ojos, y no hay conexión energética, y no hay ese contacto? de despedirse aunque sea, ¡pero no!, lo hacen por *whatsapp*. Entonces eso, yo digo: ¡¿qué sociedad?!, ¿no? terrible, ¡¿qué sociedad?!, por eso, ahí tenés esto que vos me preguntabas. Ahí tenés lo que la gente viene a buscar. El encuentro consigo mismo porque este modelo de sociedad hace que cada vez estés más lejos de vos, del alma, de tu esencia, de tu conciencia. No estás. La mente no te deja (Martha).

Una característica central de la dinámica vital en los grandes centros urbanos es la escasez de tiempo. La prisa impregna las diversas tareas relacionadas con las obligaciones laborales, las responsabilidades personales y sociales, el cuidado del hogar y la familia, acrecentando así la sensación de no llegar a poder cumplir con todos los objetivos dispuestos en el desarrollo del día a día. Esto puede exponer a los individuos a convivir con la sensación agobiante de tener muchísimos asuntos pendientes por resolver (Santamaría y Marugán, 2000). Zuzanek (2004) y Borda (2017) dan cuenta de que la sobrecarga de tareas y la sensación subjetiva de la presión del tiempo durante el desarrollo de la vida cotidiana contribuyen a experimentar sensaciones de carencia emocional, que junto al creciente aceleramiento de los ritmos vitales, atentan contra el equilibrio psíquico, traduciéndose en múltiples patologías asociadas principalmente al estrés. La constante exposición a tensiones emocionales relacionadas con la escasez del tiempo, su fragmentación y al creciente estado de arritmia social, constituye un evidente factor perjudicial para la salud humana. La falta de tiempo y la presión temporal son el reflejo de un problema socio-cultural que se relaciona con la compleja configuración actual de los múltiples papeles sociales que los individuos deben realizar, lo cual les exige mayores cuotas de tiempo para afrontar la creciente multiplicación de tareas y roles (Santamaría y Marugán, 2000).

Las siguientes palabras de Claudia expresan la relación existente entre los cambios socio-culturales actuales en la forma de organizar y estructurar la vida y la transformación que esto implica también en las formas de sufrimiento. Ella utiliza la idea de "cambio de era" para describir una serie de mutaciones en el desarrollo de la vida cotidiana que pueden generar sensaciones generales de hartazgo. Las influencias sociales a través de los medios de comunicación y los desarrollos tecnológicos, la aceleración de los tiempos vitales, las transformaciones en los vínculos y los cambios en la forma de organizar la familia son interpretados como cambios estructurales que modifican las temáticas actuales relativas al sufrimiento. La expresión "se van a la miércoles" es utilizada por la entrevistada como sinónimo de "se van a la mierda" para hacer referencia a cómo algunos individuos pueden perder el rumbo ante el mandato cultural de la búsqueda de genuinidad. Ésta expresión y la idea de sensaciones generales de hartazgo pueden interpretarse en

términos de Ehrenberg (2000) como la fatiga de ser uno mismo ante un ideal normativo de realización personal demasiado exigente.

> Las temáticas son distintas, la velocidad es distinta. Hay mucha cosa en pleno cambio, hay muchísimas influencias sociales, en lo tecnológico; bueno, todo un cambio de era, podemos decir, y con ello, bueno, ha cambiado la cabeza en muchos aspectos, la forma de vida, y esto obviamente se ve reflejado en el tipo de conflictos porque los vínculos han cambiado, las organizaciones familiares han cambiado, las estructuras, y hay una búsqueda de la genuinidad, y muchos se van a la miércoles en eso (...) hay como una sensación general de hartazgo, que incluso a su vez lo alimentan los medios y lo alimenta el *facebook*, y lo alimenta el internet (Claudia).

Ahora bien, para poder comprender con mayor precisión cómo las transformaciones socio culturales actuales afectan de forma diferencial las experiencias de sufrimiento de los individuos, resulta interesante ampliar el análisis hacia los cambios en los motivos de consulta con respecto al pasado, lo cual trato en el siguiente apartado.

5.2. Cambios en los motivos de consulta: de la sociedad disciplinaria al narciso deprimido

Según lo expresado hasta aquí, en un contexto de saturación social del *self,* y bajo la exigencia del imperativo cultural de la expansión personal*,* el individuo contemporáneo podría quedar sumergido en un orden constante de búsqueda de resultados, de éxito, de estar a la altura y de actuar constantemente en lo mejor de su condición ante una aparente pluralidad de opciones orientadas hacia la autorrealización personal (Ehrenberg, 2000; Gergen, 2006).

En este sentido, el aumento de la depresión (entendida como insuficiencia) puede ser interpretado como un indicador revelador sobre la experiencia actual del

individuo, ya que la misma encarna la tensión cultural que se expresa entre la aspiración (y la búsqueda) de no ser nada más que uno mismo y la dificultad de serlo, bajo una normativa social que ha relajado sus lazos con la culpabilidad y la disciplina para anclarse cada vez más en los imperativos de la responsabilidad individual y la iniciativa personal en búsqueda de la expansión personal y la autenticidad (Ehrenberg, 2000).

Resulta sumamente interesante hacer referencia en este punto del análisis a los cambios en los motivos de consulta que las entrevistadas con mayor recorrido identifican con respecto a décadas pasadas, en función de observar su relación con las transformaciones socio culturales descriptas en esta tesis. Para ello recurro a las expresiones de algunas de las entrevistadas que vienen desarrollando su trabajo terapéutico en el transcurso de más de dos décadas y media, y hasta cuatro décadas y media, que conforman la mitad de la muestra. Las palabras de Claudia, Mónica y Martha, quienes llevan ejerciendo su profesión hace 29; 41 y 45 años respectivamente, sintetizan muy bien lo expresado por las entrevistadas.

> Claudia: habrás visto el fenómeno, que es muy interesante para estudiar sociológicamente ¿no?, todos estos finales, que son finales en algún punto reales (...) el ser que viene a la consulta tiene una búsqueda espiritual casi constante, más allá del conflicto laboral o vocacional que tenga, hay como una búsqueda de sentido y ya no se bancan, por decir así, el formato conocido ¿no?, ni social, ni organizativo (...) éste es un punto clave, que es el de las máscaras, van cayendo las máscaras a los golpes y muchos jóvenes intentan estar desenmascarados y se van para otro lado en esta búsqueda de la libertad ¿no?, pero en realidad está bueno porque vamos hacia una liberación de creencias, de mandatos, de estructuras. El ser humano vivió, y esto es un tema central, muy armado en esas estructuras y en esas máscaras y funcionando desde allí.

> Pablo: ¿a qué te referís con máscaras? otras entrevistadas me mencionaron lo mismo y me resulta interesante.

> Claudia: el tema de los roles, roles desempeñamos todos: soy madre, soy entrevistada, soy hija, soy la dueña del gato, y soy mucho más que eso. El tema es cuando, y esto sucedía más en otros tiempos, las personas se identificaban con el rol, entonces se definían desde ahí.

Pablo: hace un rato me decías que hay una búsqueda de lo genuino, para entenderte mejor, ¿me estás diciendo que habría una intención de definirse más allá de los roles sociales atribuidos?

Claudia: exactamente.

Pablo: ¿y eso generaría crisis?

Claudia: claro, sí.

Pablo: ¿vos notas que mucha gente viene a consultarte, o buscar resolver algo, por esa búsqueda de lo genuino y de no definirse solamente por el rol?

Claudia: totalmente, claro, el sufrimiento es porque la persona no se halla, y porque fue hasta ahora desde ahí, entonces es como si fuera un traje, y vos agarrás y le sacás el traje. La persona se siente como desnuda y vulnerable: ¿cómo? ¿quién soy yo?, y acá viene la invitación genuina a descubrir quiénes somos, que es la invitación fuerte de este tiempo: ¿quiénes somos en verdad? ¿qué estamos haciendo acá?, que es mucho más profunda que preguntarse ¿cuál es el trabajo que vengo a desarrollar para toda la vida?, esa es una búsqueda de otro tiempo, y ¿en qué puedo ser exitoso y destacarme? Hoy por ahí el planteo sería: ¿quiénes somos nosotros? ¿qué estamos haciendo acá en el planeta? ¿adónde vamos? Es un planteo más profundo, un poco respondiendo a lo que me decías hace un rato, que me preguntabas como algo más común, una temática. Y vienen, por supuesto, con temas varios e individuales, pero en lo profundo, seguramente como algo común, es una búsqueda de ¿quién soy?, porque a mí me vendieron que yo era lo que hacía y lo que decía.

En las siguientes palabras de Mónica se evidencia claramente la relación entre las transformaciones culturales inherentes a una sociedad que ha relajado en cierta medida la identificación personal a través de la atribución de un determinado rol social y el sufrimiento existencial que podría generarse desde una experiencia más cercana al imperativo de la expansión personal y la búsqueda de autenticidad como criterios de normalización contemporáneas.

> Hubo un momento, por ejemplo, como cosas más al estilo freudiano que eran las neurosis, que ahora se fue desarmando, ¡mirá vos! Uno veía lo que yo llamo falso *self*, Winnicott llama falso *self*, ésta cosa de una personalidad sobreadaptada, donde había mucha sobreadaptación, que ahora no la veo tanto (...) casi todo se veía, digamos, jóvenes, grandes, era ésta cosa de tener una distancia entre la persona de afuera y el sí mismo, eso fue ¿qué sé yo? casi durante 20 años, y ahora no, no está tanto esto. Empieza más la angustia, hay situaciones de angustia ¿no?, pero mucho más habladas, no ésta cosa del falso *self*, que fue mucho tiempo como algo puntual (Mónica)

Profundizando en el desarrollo de la entrevista, se dio el siguiente diálogo con Mónica, que permite clarificar aún más los cambios en los motivos de consulta evidenciando cómo inciden la transformaciones socio culturales actuales en los padecimiento que sufren sus pacientes en términos de impotencia e insuficiencia.

> Mónica: Sí, y de la ansiedad frente a esto de no poder, de reconocer digamos, como dificultad en el pasaje de la omnipotencia a la potencia ¿no? Digamos, que en el desarrollo uno va desde sentirse omnipotente, y después la verdad es que cuando uno es omnipotente, debajo está la impotencia. Y después uno se desarrolla y se siente potente ¿no? Bueno, este paso de la omnipotencia a ésta cosa de sentir que no podes y todas esas cosas, es lo que yo voy viendo: “no puedo con”. Y están los otros, siguen los que están siendo omnipotentes, pero no aparece tan claro, tanto como era antes lo que dicen los otros y lo que tengo que hacer; era más el mandato de la capa del falso *self*, que ahora no está, no lo veo.

> Pablo: Bien, es interesante lo que dice. ¿A eso se refería con la sobreadaptación, digamos, o sea, a tener que responder al otro?

> Mónica: El falso *self* es sobreadaptado. Básicamente se crea una distancia con el sí mismo, con la interioridad, con lo que sos, no reconocés lo que sos, no reconocés, no podés dar cabida a lo instintual porque básicamente estás respondiendo a elementos externos. Pero ahora está más calmado (...) es como un armado de la personalidad, donde lo importante, donde lo que es valorado es esto de la imagen ¿no?, creo que coincide todo con la época menemista, ¡mirá vos la correlación!, claro, porque ahora lo estoy pensando, porque más o menos por los años ´80 y ´90, era cuando,

> o un poquitín antes, aparecía toda esta cosa del falso *self*, que era como común no dar cabida al reconocimiento de lo propio, era mucho más fachada.
>
> Pablo: ¿en cambio en la actualidad –corríjame si no la sigo- según su apreciación habría como un mayor reconocimiento del sí mismo, digamos?
>
> Mónica: Sí, sí.
>
> Pablo: pero por otro lado ¿se siente soledad e impotencia por no poder, por sentirse impotente?
>
> Mónica: Sí, sí.

La creciente angustia existenciaria que las entrevistadas identifican en sus pacientes, y su correlato de cuadros depresivos, pueden ser interpretados desde el diagnostico sobre la organización del *self* y las enfermedades que éste puede padecer. Para Ehrenberg (2000), Hornstein (2013) y Kristeva (1995) en la actualidad la depresión se presenta como un atascamiento simbólico, como una expresión patológica que emergería de una carencia o déficit que se expresa en impotencia, dificultando así la obtención de mecanismos identificatorios indispensables para la estructuración del *self* y la conformación de una identidad capaz de convivir con sus conflictos.

Giddens (1995) considera que la modernidad tardía es un orden postradicional en el que la seguridad de tradiciones y costumbres no necesariamente ha sido sustituida por la certidumbre del conocimiento racional, ya que la duda metódica es un rasgo característico de la razón crítica moderna. Esto genera que la relación ambivalente entre las nociones de confianza y cuestionamiento sea de especial aplicación en circunstancias de incertidumbre y riesgo. La modernidad contemporánea se presenta así como una cultura del riesgo latente.

En este sentido, actualmente el cuidado de sí se desarrolla en un mundo cambiante, incierto y riesgoso, lo que configura una existencia en cierto grado perturbadora y difícilmente eludible para una gran cantidad de individuos, donde alcanzar cierto grado de certeza y estabilidad en el porvenir se hace cada vez más difícil. La conciencia sobre los riesgos permanentes es probablemente fuente de angustias inespecíficas para muchas personas, siendo la crisis una situación normalizada que afecta al núcleo mismo de la identidad (Giddens, 1995). Es lo que Ehrenberg (2000) ha denominado la experiencia contemporánea de un individuo incierto librado a la búsqueda de sí mismo, en un contexto cultural donde proliferan una multiplicidad de voces expertas en términos de prácticas de cuidado relacionadas con la valoración de sí y la búsqueda de bienestar.

La exigencia de alcanzar el éxito personal en variadas áreas de nuestra vida, ya sea en el plano económico, el psicoemocional, el sexual, el laboral, etc., se articula con la fascinación contemporánea por el rendimiento, la excelencia, la reflexividad y la autenticidad de ser uno/a mismo/a, lo cual genera fuertes tensiones entre las metas y los logros al interior de un proyecto vital (Beck y Beck-Gernsheim, 2003; Ehrenberg, 2000; Giddens, 1995; Hornstein, 2013).

La clínica psicoanalítica considera que el sufrimiento en cierta medida es una necesidad, porque nos obliga a reconocer la diferencia entre realidad y fantasía, pero también es un riesgo porque la psique, ante el exceso de sufrimiento, puede desapegarse de aquello que lo causa. Como ya se ha evidenciado en las palabras de las entrevistadas, actualmente existiría cierta intolerancia cultural hacia el sufrimiento en un contexto de aceleramiento de la vida cotidiana y un sentido de inmediatez en el abordaje de los conflictos. Esto podría generar que muchas personas no quieran experimentar ni siquiera los mínimos sufrimientos indispensables de la experiencia vital, buscando en gran medida anestesia para la vida cotidiana como lo sugiere Hornstein (2013).

En los tiempos que corren la vieja rencilla entre moral y felicidad, que tan bien evidenciaba Freud (1930), parecería atenuada. Según Hornstein (2013) podríamos hablar de cierta reconciliación entre ambas, ya que actualmente lo moral, lo que está bien, es ser feliz. La hipótesis de Hornstein (2013) es que habríamos pasado culturalmente de valorar el deber a valorar los placeres, lo cual generaría

que la euforia contemporánea por alcanzar un estado permanente de goce y bienestar sumerja en la vergüenza a muchas de las personas que experimentan sufrimiento. Para Ehrenberg (2000) y Hornstein (2013), de esta forma la felicidad, entendida como bienestar y armonía emocional, junto a toda una oferta de tratamientos psico-espirituales para alcanzarla, se configurarían como un nuevo orden moral en las sociedades occidentales.

Ahora bien, al inicio de este capítulo cite la idea de Kristeva (1995) la cual sostiene que una de las características centrales de la actualidad remite a la existencia de una relación entre las nuevas enfermedades del alma y el avance del narcisismo en la experiencia del individuo contemporáneo, lo cual generaría afecciones marcadas por la insatisfacción, la impotencia, la desvalorización personal y la depresión entendida desde el déficit.

Las palabras de Martha al respecto son más que elocuentes, evidenciando desde su experiencia terapéutica una serie de expresiones de las personas que llegan a la consulta, las cuales dan cuenta de sentimientos de frustración e impotencia por no encontrar un sentido de existencia en un “afuera”, que implicaría todo aquello de la experiencia vital que no se relaciona con un propósito basado en el autoconocimiento del sí mismo y su singularidad. Martha describe esta situación de crisis existenciaria como una experiencia más amplia en términos de una sociedad narcisista.

> La necesidad de encontrarse. La necesidad de no seguir buscando afuera la felicidad. De no saber cómo. Se dan cuenta que no está afuera pero no saben cómo encontrarlo, es eso, "quiero encontrarme", "quiero saber para que vine", "no soy feliz", "me doy cuenta que no está afuera", "me la paso buscando afuera y no es afuera", "tengo eso que supuestamente quiero y no puedo disfrutar", "no poder disfrutar", "no sé lo que es el placer". Todo tiene que ser ya. Estamos en una sociedad donde todo tiene que ser *touch and go*, o sea, todo rápido. Bueno, es como que vienen a buscar paz con ellos mismos. Eso es lo que más en esos últimos años están llegando, con ese tipo de consulta (...) en este tiempo, en estos últimos años, hay mucho tema narcisista, una sociedad narcisista (Martha).

Según Lasch (1999) el conjunto de dolencias existenciales contemporáneas se relaciona con lo que él denomina *narcisismo patológico*, el cual representaría una de las características dominante en la cultura contemporánea occidental. Sostiene que analizar la etiología del narcisismo, prestando atención a los aportes clínicos sobre su dimensión psicológica, es de gran utilidad para el análisis social, debido a que cada sociedad reproduce su cultura en la personalidad de los individuos.

En este sentido, si bien una acepción comúnmente conocida del narcisismo lo define como un amor propio excesivo y demasiado complaciente en las propias facultades, lo cierto es que resulta ser un concepto aún más complejo. Considero que el narcisismo es una noción multifacética que se articula con otras nociones psicoanalíticas como la fase libidinal, los aspectos de la vida amorosa, el origen del ideal del yo y la construcción del yo. Al no entramárselo con estas se convertiría apenas en un concepto meramente descriptivo, pero al articularlas se llega a la comprensión del narcisismo como un momento significativo en la historia de la construcción del yo y las relaciones con los otros. Representa búsqueda de autonomía y autosuficiencia, esfuerzo por negar la alteridad y predominio de lo fantasmático sobre la realidad, lo cual lo constituye como un concepto polisémico al intrincarse en la indiscriminación entre el yo y el otro, en la regulación del sentimiento de estima de sí y en el interés exacerbado por la identidad (Hornstein, 2013).

El narcisismo no debe entonces ser concebido como un estado monádico primigenio, ni como una mera acepción del individualismo, sino como una investidura libidinal que constituye el yo a imagen del otro cuerpo en tanto totalidad. El narcisismo no es otra cosa que una identificación que permite la estructuración del yo y la constitución inicial del sujeto (Laplanche, citado en Hornstein, 2013).

El yo resulta ser algo fijo, estable y organizado, salvo cuando algo falla, y algunas de sus fallas pueden estar relacionadas con lo que también Hornstein (2013) describe como narcisismo patológico, el cual implicaría la carencia de amor propio y no el exceso como suele pensarse. El narcisista se encuentra desesperado por sustituir su déficit con la admiración externa. Su yo es deficitario, ya que el déficit narcisista produce un yo amenazado por la desintegración, por la desvalorización o por una sensación de vacío interior.

En el narcisismo patológico habría un interés exclusivo por uno mismo, pero bajo la desagradable sensación de impotencia generada por encontrarse prisionero de una imagen demasiado idealizada de sí mismo, fragilidad que tiene la necesidad de ser asistida por los otros, al punto de convertirse en dependencia de reconocimiento externo (Ehrenberg, 2000; Hornstein, 2013).

En un contexto social que agudiza la conciencia de sí a través de técnicas psicológicas orientadas hacia el mejoramiento personal, el individuo contemporáneo es interpelado constantemente por la autorrealización y el autoperfeccionamiento. Al pensar en la relevancia otorgada culturalmente al cuidado de sí orientado hacia el desarrollo potencial de la propia particularidad, resulta interesante recordar a Freud (1921) quien considera que el amor es un importante factor civilizatorio al restringir el egoísmo narcisista y establecer un objeto de deseo compartido por el conjunto social. Este tipo de lazo social, basado en el enlace libidinal afectivo, permitiría el establecimiento de una cohesión social a partir de la identificación de los individuos entre sí y su renuncia al deseo individual, para buscar en el ideal externo aquella satisfacción que resulta imposible de alcanzar en el plano de la propia particularidad.

Un orden cultural que normativiza la iniciativa personal de la autorrealización como sinónimo de buena salud y equilibrio emocional, podría permitir la proliferación de patologías relacionadas con un ideal del yo demasiado pretencioso y exigente, condicionando el cuidado de sí desde un modelo moral anclado en la felicidad exacerbada, el culto al rendimiento y la maximización productiva en todos los órdenes de la vida. Algunos individuos podrían correr el riesgo de convertirse en su propio objeto de deseo, no renunciando así al engaño de buscar la satisfacción en su propia particularidad y/o genuinidad.

En este sentido, resultan muy interesantes las reflexiones de Ehrenberg (2000), el cual plantea que si el sentimiento de inferioridad es al Ideal del yo lo que el sentimiento de culpabilidad es al Súper yo, la diferencia entre la personalidad neurótica y la depresiva, es que la primera nos habla de un enfermo de la ley, mientras que la segunda da cuenta de un enfermo de la insuficiencia.

Para las perspectivas conceptuales detalladas en esta tesis, actualmente el sujeto enfermo de sus conflictos con la ley no desaparece, es decir, no se trata de

negar la existencia de ciertos rasgos inherentes al despliegue de una sociedad disciplinaria y las afecciones de culpabilidad que ésta puede generar en las experiencias de malestar de los individuos que se encuentran sobreadaptados a las leyes y normas sociales. Pero resulta necesario comprender que la misma convive e interactúa en la actualidad con la emergencia de un individuo paralizado por su insuficiencia, atascado en la frustración de verse atrapado en el déficit relacionado con el no lograr esa representación demasiado idealizada de sí mismo y sometido a una búsqueda permanente de bienestar y expansión personal como nuevos criterios normalizadores.

Se puede llegar a sufrir, ya no sólo por las constricciones culturales, por las prohibiciones y las limitaciones a los deseos pulsionales, sino también por la constitución de un Súper yo debilitado ante el imperativo de la expansión personal (Ehrenberg, 2000; Illouz, 2010; Lipovetsky, 2010).

Según Ehrenberg (2000), Guinsberg (2010), Hornstein (2013) y Kristeva (1995) el creciente aumento de la depresión sería una manifestación de los cuadros de estrés relacionados con el exigente ideal de éxito contemporáneo y la promoción de todo tipo de mercancías que fomentan deseos imposibles de realizar. La actual emergencia de significativas experiencias de frustración, serían interpretadas por dichos autores, como el resultado de un inevitable contraste que se genera al comparar el exigente ideal proyectado culturalmente con lo que se es o lo que se tiene realmente.

Las siguientes palabras de Paula sintetizan muy bien las reflexiones hasta aquí expuestas en relación a los rasgos característicos que adquieren las afecciones depresivas en la actualidad, el miedo a la carencia y la importancia del amor como experiencia de conexión con la vida, dando cuenta inclusive de un cambio de interpretación sobre la depresión por parte de ella misma como terapeuta. En su descripción de esta problemática contemporánea, Paula no solo reconoce la incidencia que tienen los desarrollos tecnológicos y la hiperactividad, también me expresó, en el desarrollo de la entrevista, cómo las personas que se acercan a las diversas ofertas de tratamiento no convencionales pueden caer en conductas que no necesariamente les permitan incorporarlas como un camino hacia el bienestar personal.

> Yo lo que noto es una diferencia como yo la veo a la depresión. Yo la veía antes como una enfermedad, a veces endógena, la gente ya nacía con una predisposición y tenía que ser medicada de por vida, lo que sería la patología que ya nacen con eso. Y después, bueno, gente con tendencia depresiva, lo que sería el trastorno distímico, por el DSM IV, que le llaman trastorno distímico, que son alteraciones del ánimo, que tienen alternancia; también están los bipolares. Lo que pasa es que yo ya a la depresión la miro de otra manera, y la escucho de otra manera, y la trato de otra manera. No la veo ya como una patología, sino que la veo como una defensa (...) está implicada con algo sistémico, las depresiones hoy están como más escondidas, me parece, me parece a mí; como más por debajo de otra apariencia: la persona hiperquinética, o que está todo el día activa e hiperactiva, que no puede parar, o detrás de una adicción, lo que hay es ésta falta de ganas de vivir, de falta de conexión (Paula).

> Hoy en día la gente tiene una desesperación, yo diría, por tapar todas las emociones, y tiene con que, tiene la tecnología, la hiperactividad. Hasta ir detrás de alguna corriente espiritual podría pasar a ser algo adictivo ¿no?, seguir algunos de estos maestros, ir a los cursos, pagar y seguir haciendo cosas puede llegar a ser adictivo. Lo que hay es una tendencia a desconectar de la emoción básica. La emoción básica negativa es el miedo, y es lo contrario del amor, que sería lo que nos conecta con la vida, con aceptar las cosas como son, con dejar que las cosas fluyan; ésta sería la mirada amorosa de la vida ¿no?, aceptar que el otro es como es, la diferencia. Lo otro es el miedo, el miedo a la carencia, el miedo a la pérdida, que está enganchado con lo que es la actualidad y con lo que te decía sistémicamente (...) hoy día, energéticamente, hay un cambio planetario, los que no están conectados del corazón están desesperados, están más desesperados que cualquiera de nosotros, digo yo, porque corren para acá, corren para allá, y que logro esto, después aquello, y que hay una insatisfacción muy grande. Y bueno, es un proceso, estamos en un proceso bravo (Paula)

En términos sociológicos, este fenómeno actual de la centralidad que adquiere la búsqueda y descubrimiento de lo auténticamente personal como garantía de desarrollo de un proyecto vital que permita alcanzar cierto ideal de bienestar, puede atravesar e interpelar a las personas en el desarrollo de sus vidas cotidianas, y convertirse para muchos individuos en un verdadero artificio normativo, lo cual, como toda norma, puede ser algo perfectamente impersonal.

Según lo expresado por Claudia, muchos individuos en la actualidad pueden "irse para el otro lado" y/o "irse a la miércoles" en su búsqueda de libertad y genuinidad, los cuales podrían experimentar situaciones de vulnerabilidad,

desvalorización personal, frustración e insatisfacción que terminan expresándose en angustiantes cuadros depresivos y heridas narcisistas signadas por el déficit y la impotencia, algo que el conjunto de entrevistadas describió como una crisis existenciaria típica de las dolencias psicoemocionales de los individuos que actualmente llegan a la consulta.

5.3. Reflexiones finales

Si bien algunas personas pueden llegar a creer que cierta emancipación del individuo contemporáneo ha desplazado las constricciones socio-culturales típicas de un orden social basado en la disciplina, la tradición y la identificación a través de los roles sociales instituidos, lo que resulta evidente desde este análisis, es que las mismas no han sido abolidas, antes bien han experimentado mutaciones. Me refiero, y en esto concuerdo con Ehrenberg (2000), a que en la actualidad los valores y normas sociales que se desprenden del imperativo cultural de la expansión personal, ordenan a algunos individuos a convertirse en ellos mismos en una búsqueda constante de la genuinidad, como ayer les exigían ser disciplinados y aceptar su condición, pero nada de lo expuesto en este capítulo me permite afirmar que haya menos experiencia subjetiva en la constricción disciplinaria que en la expansión personal.

Se trata de la promoción de un tipo de individualidad sensiblemente estética, donde los estilos de vida y el consumo se distancian en cierta medida de lo estrictamente utilitario, para acercarse cada vez más al consumo de experiencias placenteras (Lipovetsky, 2010). Así el ideal de bienestar y el cuidado de sí pueden atravesar el dominio, no solo de lo corporal, sino también de lo psico-emocional-espiritual. Esto se articula con un imaginario de bienestar y de calidad de vida centrados en el cuidado de uno mismo y la conservación de la salud, tanto física como emocional, pero bajo una impronta centrada en las promesas de experiencias de singularización, autenticidad y goce constante (Castel, 1984; Ehrenberg, 2000;

Hornstein, 2013; Illouz, 2010; Kristeva, 1995; Lasch, 1999; Lipovetsky, 2010; Rieff, 1996).

Las sociedades occidentales contemporáneas expresan estructuralmente una clara obsesión por la prevención y la conservación de la salud, en donde conviven el perfeccionismo tecnocientífico y la proliferación de multiplicidad de enfoques y técnicas terapéuticas. Estas últimas se enmarcan en un proceso de psicologización y espiritualización que articula placeres, bienestar, cuidado personal y vida saludable. En mayor o en menor medida, los individuos son interpelados por los imperativos culturales de la expansión personal y la autorrealización como sinónimos de vida saludable, pudiendo experimentar afecciones psicoemocionales surgidas de un mandato social que promueve las pasiones narcisistas orientadas hacia un consumo de experiencias y sensaciones relacionadas con una nueva corporización de los placeres y una sacralización de la autonomía (Carozzi, 2000; Lipovetsky, 2010).

Vivimos en un orden cultural que tiende a desplazarnos de lo meramente necesario a la vorágine de una trayectoria vital abierta, incierta, lábil y asintótica. La búsqueda de placer y bienestar no deja de estar relacionada con el deseo, el cual siendo insaciable, ilimitado e intemperante, puede terminar ejerciendo un carácter dominador sobre los individuos, arrojándolos hacia a una sensación de vacío desesperante (Sissa, 1998). El mandato cultural contemporáneo que nos impulsa a la búsqueda permanente de un bienestar entendido como goce constante puede generar, en ciertas ocasiones, que el mismo resulte efímero, acrecentando el deseo y llevando al sujeto a nuevas y constantes sensaciones de insatisfacción. En sociedades cuyos proyectos civilizatorios han exacerbado el valor cultural de los placeres, estableciendo una moral del goce y la felicidad (Hornstein, 2013), las personas tienden en ocasiones a no poder soportar ni siquiera las más pequeñas de las dolencias.

6. Capítulo VI. La búsqueda de bienestar desde una práctica terapéutica integradora

Si tu única herramienta es un martillo, tiendes a tratar cada problema como si fuera un clavo

(Abraham Maslow)

La emergencia del imperativo cultural de la expansión personal como criterio normalizador de la modernidad tardía implica también una articulación con el segundo de sus correlatos: el proceso de diversificación, integración y/o complementariedad de enfoques, técnicas y prácticas terapéuticas para tratar el sufrimiento psíquico emocional actual.

En un contexto socio-cultural que habilita la creciente emergencia de las prácticas de cuidado orientadas hacia el enfoque del pluralismo terapéutico, cabe preguntarse ¿cómo se vinculan los procesos actuales de expansión personal y diversificación de las propuestas y prácticas terapéuticas con las experiencias de integración y complementariedad llevas a cabo por las entrevistadas? En este sentido, y en base al objetivo específico C, analizo las características y potencialidades que las entrevistadas le atribuyen a sus prácticas terapéuticas integradoras.

Partiendo desde la concepción de bienestar que las entrevistadas expresaron, oriento el foco del análisis hacia las características del encuadre holístico que guía sus trayectorias y experiencias terapéuticas. Abordando aspectos relacionados con sus reflexiones, (re)significaciones, ajustes y traducciones sobre su práctica terapéutica, describo las particularidades que las entrevistadas detallaron sobre el ejercicio de su profesión y el rol como terapeutas, las características diferenciales que pueden establecer en los vínculos con sus pacientes y los beneficios que advierten en los resultados de éste tipo de práctica.

No se trata entonces de presentar un mero análisis comparativo entre una práctica psicoterapéutica ortodoxa y otra alternativa. Tampoco se trata de presentar una comparación de contra puntos y tensiones con el psicoanálisis, encuadre psicoterapéutico que claramente aparece presente por momentos en las narraciones de las entrevistadas. Antes bien, siguiendo la premisa epistemo-metodológica de irreductibilidad del terreno *psi* local y los enfoques terapéuticos teórico/práctico[27], éste capítulo brinda aportes empíricos que describen la práctica terapéutica integradora.

6.1. La aceptación de sí mismo como camino hacía el bienestar

Cuando las entrevistadas fueron consultadas sobre su interpretación del bienestar y cómo alcanzarlo, sus respuestas coincidieron en dos ejes que se articulan entre sí: la idea de dinamismo y de aceptación de sí mismo.

La concepción de las entrevistadas sobre el bienestar se inscribe dentro de la lógica de un proceso y no de un estado. Es entendido como una práctica cotidiana de cuidado de sí que no se logra de una vez y para siempre, sino que involucra un trabajo reflexivo, dinámico y constante del individuo sobre sí mismo para alcanzar equilibrio y armonía entre las múltiples dimensiones que conforman su ser y su existencia.

En las siguientes palabras, Fernanda y Carla reflexionan sobre la idea de bienestar, sintetizando muy bien lo expresado por el resto de las entrevistadas.

> Mirá, es algo que es como un movimiento, no es un estado. Es como una dirección, donde uno trata que los distintos niveles de existencia se vayan acompañando lo más armónico posible, eso no quiere decir que se va a lograr llegar a un puerto en particular. Es como decir, yo tengo que tener en cuenta que soy una persona, que tengo un cuerpo, que tengo emociones, que tengo un pensamiento, que tengo

[27] El desarrollo de la premisa epistemo-metodológica de irreductibilidad se detalla en el capítulo III, ya que forman parte de la estrategia de análisis.

> cuestiones espirituales, que tengo cuestiones energéticas, que tengo cuestiones macro que no conozco, y tengo que dedicar un tiempo, una energía, una disposición, a las diferentes cosas. Esto lo aprendí mucho del Movimiento Humanista (Fernanda).

> Creo que el equilibrio ante todo es dinámico. No es que lo conseguiste una vez y ya estás. Es que la sensación de equilibrio son momentos y tiene mucho que ver con centrar tu identidad en algo que está más allá de la mente. Creo que gran parte de nuestros problemas es cuando vivimos en el automático de lo que mi mente me trae, me hace pensar, me hace sentir por ende. A mí me ha enseñado muchísimo la meditación, el *Chi Kung* y el *Yoga* a ubicar mi centro una y otra vez en un lugar de mí que esté como por detrás de los pensamientos. Los pensamientos están igual pero como que trato de que no manejen y coordinen toda mi vida. Y esto no es algo que lograste una vez y para siempre, es una práctica cotidiana (Carla).

Este trabajo sobre sí mismo excede la dimensión meramente mental, incluye el cuerpo, las emociones, la espiritualidad y lo energético. Implica un movimiento constante hacía un autodescubrimiento, desde una praxis que involucra la idea de fluidez, flexibilidad y equilibrio dinámico como sinónimo de bienestar asociado a experiencias de disfrute, alegría y paz que podrían ser experimentadas desde la autoaceptación de lo que uno es. Las palabras de Gala describen claramente esta perspectiva terapéutica:

> Yo creo que un equilibrio psíquico-emocional tiene que ver con la posibilidad de fluir en la vida, en esto que te comentaba de la posibilidad de disfrutar y que eso se pueda traducir en todos los aspectos de la vida de esa persona, desde lo emocional, lo físico, en el vínculo con los otros. Entonces, poder lograr un equilibrio implica en primer lugar poder registrarlo, poder concientizarlo y ver con qué herramientas uno cuenta, con qué bagaje de recursos uno cuenta para poder afrontarlo o qué recursos hay que construir (Gala).

En sus relatos, todas las entrevistadas, comprenden al bienestar como una experiencia resultante de un encuentro con uno mismo, en donde el individuo logra conocerse y aceptarse a sí mismo, asintiendo con su destino. Esta experiencia permitiría, según las entrevistadas, desarrollar un equilibrio dinámico y una armonía

general, que consiste en estar en paz, no sólo con uno mismo, sino también con el entorno, el cual incluye a los otros individuos, los animales y la naturaleza en su conjunto. Tanto la idea de Amelia sobre "entrar en resonancia con la aceptación", como la apreciación de Paula sobre "conectar con nuestra dimensión energética", expresan en su desarrollo narrativo una excelente síntesis de la concepción de bienestar y las premisas terapéuticas del autoconocimiento y la aceptación personal para alcanzarlo.

> Pero te diría que una persona entra en armonía cuando puede asentir a su destino, cuando puede asentir lo que esa persona es y no quiere ser diferente de lo que es. Cuando una persona entra en resonancia con la palabra aceptación, que no es resignación. Aceptación de lo que es, aceptación de lo que le toca vivir, aceptación de lo que fue su historia, y aceptación de lo que es el devenir. Y es muy importante separarlo de lo que es la resignación. Cuando yo estoy en paz con quien soy, o cuando estoy buscando la paz de ser quien soy, puedo estar en paz también, o en armonía, con los que me rodean, con las personas, con el cosmos, con los animales y las plantas, también con el planeta (Amelia)

> Que la persona esté conectada con sus emociones, buenas o malas, porque las malas, digamos, si estás enojado, o si estás triste, las negativas también hay que saber y poder atravesarlas, sería lo más saludable. Y acceder a la capacidad creadora que tenemos. Porque si vos lo emocional lo podés manejar y armonizar, estás como predispuesto al acto creativo (...) la idea es empezar a integrar y conectar con lo verdadero: sería con el ser, con la capacidad creativa, para que no suene muy religioso, porque no es religioso el tema. Es conectar con un área que en general olvidamos, que es que somos seres de energía. (Paula)

El proceso dinámico que implica el logro de bienestar se concibe como una práctica de cuidado de sí que amerita una reconexión con las emociones, la espiritualidad y la propia capacidad creativa del ser que se vincula con su dimensión energética. Los testimonios de las entrevistadas dan cuenta de la importancia que reviste para ellas, en términos de bienestar, el emprender un camino de autoconocimiento de nuestra singularidad y autenticidad.

6.2. El aporte del enfoque holístico en la concepción "multidimensional de la persona": hacía una terapéutica orientada al autodescubrimiento

En función de profundizar el análisis de las particularidades que adquiere la práctica terapéutica de las entrevistadas, cabe preguntarse por ¿cuál es el encuadre y/o enfoque terapéutico que guía su trabajo? En este sentido, todas las entrevistadas coinciden en señalar que ejercen su rol terapéutico profesional desde un encuadre holístico, lo cual para ellas implica concebir a la persona como un ser multidimensional. Reconocen la unicidad del individuo, pero comprendiéndolo como la interrelación de múltiples dimensiones que hacen a un todo. Ellas consideran que resulta necesario abordar terapéuticamente a sus pacientes teniendo en cuenta la interacción entre sus diversas dimensiones, es decir, su corporalidad, sus pensamientos, sus emociones, su campo energético, su espiritualidad, sus interrelaciones sociales y su entorno socio-ambiental.

Las siguientes palabras de Paola describen la importancia que adquiere este tipo de enfoque holístico en su trabajo como terapeuta:

> Es una concepción que dice que todo está relacionado, aún los puntos más lejanos están unidos por lazos invisibles. Entonces en donde no podemos ya en este mundo mirar las cosas por sus partes. Porque las podemos mirar por sus partes pero sabiendo y teniendo consciencia que esa parte pertenece a un todo. Esto sería lo holístico. Y que en ese todo hay distintos niveles, y que esos niveles quizás tienen distintos idiomas y distintas lógicas. Pero todos conviven en un punto. Esto es lo holístico. Creo que esto aplicado al sujeto, no hay posibilidad alguna de discusión. Las ciencias hoy admiten que somos una unidad y que esa unidad está en el mundo. No es una unidad en un vacío. Entonces esto es lo holístico. Es mirar a esto, a este ser en el mundo. Y esto me parece indispensable y necesario tenerlo en cuenta, yo lo tengo en cuenta (Paola)

Por su parte Mónica y Verónica, quienes vienen ejerciendo el trabajo psicoterapéutico desde hace 41 y 18 años respectivamente, luego de haberse especializado en el ejercicio de la práctica psicoterapéutica desde un encuadre psicoanalítico, describen cómo la perspectiva holística les ha permitido considerar la

necesidad de ampliar la mirada terapéutica y su praxis. Ya no trabajan desde la mente y la palabra exclusivamente, sino que también consideran importante la articulación con la dimensión energética corporal. Tal es así que plantean una valorización del trabajo terapéutico que integra técnicas corporales de respiración y relajación, junto al cuidado en la alimentación.

> Yo cada vez estoy respetando más todas las técnicas corporales. El cuerpo vive y registra todo lo emocional de una manera, que a veces aparece con un dolor, o a veces con un cáncer o con lo que fuere. Pero es muy importante: somos una unidad, somos uno, entonces hay como distintas maneras de abordar la situación. Y hay cosas que yo me doy cuenta que yo trabajé, porque yo trabajé sobre la problemática esta desde acá [señala su cabeza], desde el psicoanálisis, pero no lo había trabajado desde esta vivencia básica del cuerpo. Y empecé a estudiar las teorías añejas, desde el orientalismo y demás, como mucho más reactivada con la cosa energética, y me pareció como interesante. Y empecé a tener un grupo de estudio de la energía. (Mónica)

> Yo trabajo mucho en forma holística, que es teniendo en cuenta al sujeto como un todo, no como una sola parte. Es decir, tanto la alimentación como la respiración, los movimientos físicos y su tema mental. Trabajo los cuerpos: el cuerpo físico, el cuerpo emocional y el cuerpo mental. Digamos que sería el estado de alineamiento. (Verónica)

Por su parte, Fernanda sintetiza muy bien lo expresado por todas las entrevistadas en referencia al ejercicio de una práctica terapéutica integradora que es realizada desde un enfoque holístico. Ésta perspectiva no sólo amplía el concepto de persona hacia la multidimensionalidad, también transforma el ejercicio concreto de la práctica terapéutica hacía una de sus características y potencialidades más distintivas: la integración y la complementariedad entre diversas disciplinas, técnicas, herramientas y encuadres terapéuticos.

> El modo en que existimos es tan rico, que lo tenemos que organizar un poquitito como en áreas. Y en la vida es como que nosotros tenemos diferentes áreas de existencia, por ejemplo, el área corporal. Cada área es recontra gigante, porque lo corporal tiene de todo: tiene los huesos, tiene los músculos, tiene la sangre, tiene las hormonas, tiene las neuronas; entonces, ya de por sí, cada área es

> recontra enorme. Después la parte emocional, que es otro nivel; la parte de pensamiento mental, intelectual; la parte espiritual; la parte energética. Y yo creo que, por ejemplo, a nivel terapéutico, los problemas a veces se alojan, o se ven, se expresan, en un área, como en un nivel de densidad, pero que no corresponden solamente a esa área. Entonces voy comprendiendo las cosas con una mirada más amplia, y quizás a eso yo llamaría holístico: como integrar a la persona, y a los diferentes campos de posibilidad de existencia de la persona, en niveles más amplios. Y, a su vez, diferentes disciplinas o miradas terapéuticas que pueden contribuir a que la calidad de vida de cada uno de esos niveles sea mejor. Entonces yo diría holístico a miradas y abordajes, por un lado, de la persona, amplias; y por otro lado, de herramientas y estrategias terapéuticas o de disciplinas, que cada una sabe que no lo es todo, pero que es algo que puede sumarse a otros caminos y hacer una calidad de vida interesante para la persona. (Fernanda)

La amplitud que otorga el encuadre holístico habilita a las entrevistadas a ejercer su rol profesional desde una lógica integradora. La integración y complementariedad terapéutica se expresa en una práctica de cuidado que tiende a la incorporación de diversas técnicas, herramientas y enfoques terapéuticos que articulados entre sí permitan abordar de forma integral a un individuo que se concibe multidimensional en términos existenciarios. Las palabras de Amelia y Sofía resumen lo señalado por las entrevistadas al referirse sobre la potencialidad que ofrece éste encuadre y tipo de práctica.

> El aporte más grande es que la persona pueda contactar con todo el resto de lo que es e ignora que es. La persona ya es una unidad psico-espiritual, ya es, no necesita algo que venga de afuera y se lo dé. Entonces mi aporte sería que la persona pueda contactar lo que ya tiene e ignora que tiene. Que todos tenemos la posibilidad, todos tenemos energía en el cuerpo, todos tenemos con qué salir de las situaciones en las que nos encontramos, entonces ayudar a la persona a que pueda reencontrarse con eso que es; que es y que tiene. (Amelia)

> Entonces, todo este tipo de abordaje apunta a ir despojándote de a poco de aquellas creencias que no son tuyas, que tal vez las heredaste, o que tal vez las adquiriste, como diría el psicoanálisis, en tus primeros años de vida. Y en eso de ir despojándote, como si fuera una cebolla, te tocó todo aquello que te fue dando una identidad por pertenecer, además, a una cultura, a una religión, a un

> momento histórico, a un continente en particular; bueno ¿verdaderamente quién sos? Entiendo que todo este tipo de terapias apuntan a recordar el ser, a colaborar a que un paciente recuerde quién es. Pero lo cierto es que cuando vos encontrás que el paciente ya tiene recursos para poder escuchar esa voz interior, habiendo encontrado un camino que tal vez es para esa persona valioso y para otra puede ser otro. Es entonces cuando vos descubrís que el paciente puede escuchar a su terapeuta interior. (Sofía)

Desde la perspectiva de las entrevistadas, una terapia caracterizada por la integración y la complementariedad, les permite ofrecer a sus pacientes herramientas y técnicas terapéuticas orientadas hacia el logro de una escucha de su voz interior, descubrirse a sí mismo y despojarse de aquellas creencias que no le son propias. Alcanzar el logro de llegar al autoconocimiento y la escucha activa de lo que Sofía denomina "terapeuta interior", se presenta como una experiencia previa para poder llegar a la aceptación del sí mismo, una condición necesaria para experimentar bienestar. Este trabajo del individuo sobre sí mismo requeriría un conocimiento de lo que uno es en su singularidad y autenticidad, como así también identificar las propias potencialidades para salir de diferentes situaciones de vida y alcanzar equilibrio, alineamiento, armonía y bienestar.

Lo expuesto hasta aquí da cuenta de la centralidad que adquiere el encuadre holístico en términos de ampliación de la matriz interpretativa sobre la condición existenciaria de los individuos, el logro del bienestar y el ejercicio de la práctica terapéutica profesional.

6.3. De lo convencional a la amplitud integradora: "Son muy buenos y aprovecho a todos, pero no me caso con nadie"

La adopción de una concepción holística multidimensional del individuo implica un viraje de la práctica terapéutica profesional hacia las características de la integración y la complementariedad. En éste sentido, al consultar a las entrevistadas

sobre aquellas características distintivas de su práctica terapéutica, emerge una caracterización que establece una diferenciación en relación a la postura que adopta un terapeuta con respecto a la forma de implementar su rol profesional. No consistiría tanto en el tipo de técnicas que se utilicen, sino más bien en la visión y/o el posicionamiento que adopta el terapeuta con respecto al desempeño de su práctica. Así lo expresaron Paula y Sofía:

> Yo creo que va más allá de qué técnica, método, teoría o qué utilizo, sino que es una posición. Entonces para mí lo convencional, lo antiguo, sería pararse en un lugar, aunque uno puede elegir una cosa, porque se siente más cómodo. Yo elijo constelaciones, pero no excluyo; tampoco puedo hacer todo, pero trato de ver qué me ayuda o qué ayuda a la persona en ese momento. Lo antiguo sería la posición excluyente. (Paula)

> Mirá, te voy a contar; ahora te cuento qué herramientas, pero fundamentalmente ¿qué le sumas?, la visión. La física cuántica dice que el ojo del observador determina la experiencia. Si yo como terapeuta voy a tener una visión mucho más amplia de un paciente y voy a ver que el paciente es un cuerpo, una emoción, una mente y algo más, y mucho más, lo que yo voy a generar, desde lo que voy a intencionar, va a ser una posibilidad de mirar mucho más grande que lo que tal vez nuestra cultura occidental, te diría, nos fue educando y formando, y lo que el psicoanálisis, por ejemplo, nos fue mostrando. (Sofía)

Las entrevistadas no interpretan el ejercicio de su práctica terapéutica integradora como un corte disruptivo con respecto a su formación académica convencional, sino que es traducida como una continuidad enriquecedora en su trayectoria profesional. Para ellas no se trata de tener que elegir entre un enfoque terapéutico u otro, sino de integrar y complementar enfoques y técnicas en pos de ayudar a sus pacientes.

Tampoco suscriben al concepto de terapias alternativas, prefieren denominarlas terapias complementarias y/o integradoras, pues se alejan de las posibles jerarquizaciones entre técnicas psicoterapéuticas, de los purismos teóricos/prácticos en cuanto a la adopción fiel de un único encuadre psicoterapéutico

y de posturas que excluyan saberes y técnicas que pueden ser potencialmente útiles para desempeñar el trabajo terapéutico.

Para las entrevistadas, lo convencional en términos de enfoque y práctica terapéutica, se ve representado en todas aquellas posturas estrechas que excluyen otros saberes que puedan complementarse e integrarse. Éste tipo de práctica terapéutica es entendida como convencional, ortodoxa y/o antigua. Por otro lado, lo no convencional es comprendido como toda aquella práctica terapéutica que se ejerce desde un enfoque holístico y una praxis integradora y complementaria.

Las siguientes expresiones de Carla, Claudia y Paula, dan cuenta de éstas distinciones, las cuales resultan muy interesantes para observar cómo las entrevistadas describen el ejercicio de su profesión desde un encuadre holístico y una práctica terapéutica integradora, no convencional, que termina ampliando sus opciones de abordaje terapéutico.

> Totalmente, sí. De hecho, ese es el camino. No es que hay que tirar abajo lo convencional e instalar otra cosa. No, justamente hay que integrar. Por eso creo que la palabra sería como una mirada de terapias, no alternativas, sino que apunten a acercarse e integrarse. (Carla)

> Bueno, en realidad supongo que en mi caso personal, como enriquecimiento. O sea, si no me enriquecía o no me servía, lo dejaría. Enriquecimiento digo porque por lo menos me ampliaba aquello que me parecía muy estrecho, que era una mirada más estrecha: la meramente profesional o de la facultad, digamos. (Claudia)

> Lo alternativo es la mirada holística. Lo alternativo o lo complementario, me gusta más a mí. Porque lo alternativo sería o hacés alopatía o hacés homeopatía, o hacés Reiki, o hacés Diksha, o hacés constelaciones, o hacés terapia. Y me parece que no, o sea, lo integrador, lo complementario es que complementás: podés venir a constelación y seguís terapia conmigo o con cualquiera, ¿no?, que sigas tu terapia, tu medicación psiquiátrica, porque a veces es necesario equilibrar los neurotransmisores y no hay vuelta. (Paula)

La adopción de una postura y/o visión amplia en el ejercicio del rol como terapeuta, junto a la integración y complementariedad, son dos características centrales que emergen de los relatos de todas las entrevistadas al describir la particularidad que adquiere su trabajo terapéutico. Las siguientes palabras de Romina dan cuenta de la adopción de encuadres y prácticas terapéuticas múltiples

ante una diversidad de opciones. Inclusive la mirada psicoanalítica es integrada desde el criterio de amplitud inherente al encuadre holístico.

> Son muy buenos y aprovecho todos, pero no me caso con nadie. Es decir, tengo una manera muy integrativa de trabajar. Tengo también una mirada psicoanalítica, no dejo de ver cuáles son aquellas fuerzas que están operando, pero no con esa visión que tenía Freud o que tienen los psicoanalistas ortodoxos. Hoy hay algo más neo que está empezando a pensarlo desde otro lugar. Lo que pasa es que estoy más parada en lo existencial, en la búsqueda de eso existencial y en esa trascendencia, y por eso te hablo de prácticas que llevan a estar mejor con uno mismo. (Romina)

El trabajo terapéutico realizado desde una perspectiva integradora, no amerita necesariamente un abandono del enfoque psicoanalítico. Ésta perspectiva es considerada una mirada interpretativa posible de las fuerzas que operan en las vidas de sus pacientes. Lo que cambia es la visión, es decir, esas fuerzas pueden ser interpretadas desde algo más reciente o novedoso en términos interpretativos, que flexibiliza y amplía la práctica terapéutica, diferenciándose de un encuadre psicoterapéutico más antiguo, ortodoxo y/o convencional.

Aquellos/as colegas que realizan una práctica terapéutica desde un único enfoque teórico/clínico, son vistos/as por las entrevistadas como menos flexibles. Para ellas, éste tipo de colegas más ortodoxos/as, debido a su desconocimiento de las técnicas terapéuticas no convencionales, expresan resistencias hacía un enfoque holístico y una práctica terapéutica integradora. Las palabras de Vanesa, Susana y Romina dan cuenta de ello:

> La desinformación creo que es lo que produce las resistencias [en referencia a sus colegas ortodoxos/as]. A medida que la desinformación es menor la resistencia es menor. Comprendo esas resistencias. (Vanesa)

> Todas las resistencias que yo escucho de mis colegas tienen que ver con el dispositivo psicoanalítico. Con algo del encuadre psicoanalítico que implica una postura de racionalidad y abstinencia emocional.

> Entonces todo lo que incluye el cuerpo, o incluye un acercamiento distinto al paciente, o una implicación emocional diferente, algo que no tiene que ver solamente con el predominio del análisis intelectual, me parece que genera prejuicios y las resistencias que para mí se desprenden, tienen que ver con una frase, que es: “estás perdiendo el encuadre” o “esto está por fuera de mi encuadre”. Hay un filtro psicoanalítico que genera las resistencias. (Susana)

> Yo creo que lo convencional está sujeto a lo que está muy atado a lo que es el marco teórico, si vos hablas con cualquier terapeuta, lo psicoanalítico o lo sistémico aplicado al marco teórico tal cual, es decir, seguir al pie de la letra algo y en el orden en que tiene que ser hecho. (Romina)

Si bien varias de las entrevistadas se identifican con la posibilidad de realizar un psicodiagnóstico -capacidad que valoran y reconocen como algo positivo de su formación académica-, se diferencian de sus pares convencionales principalmente por considerarse a sí mismas más flexibles, predispuestas y maleables a la incorporación e integración de diferentes enfoques y técnicas terapéuticas. Como bien lo explica Fernanda, ella no encuentra ninguna contradicción en ir integrando distintos enfoques desde una práctica terapéutica dinámica, en donde profundizar en el conocimiento de un enfoque y/o técnica terapéutica es tan válido como cambiarla luego por otra.

> Mirá, quizás yo relacionaría lo ortodoxo con cosas que están como demasiado prefijadas con anticipación (…) el psicoanálisis es como una mirada posible de cómo se constituye la persona a nivel psíquica, emocional, en su interjuego con el afuera y con todo el mundo interno: pulsional, de otros mecanismos como la represión, como los síntomas. Entonces me sirve como una matriz posible de lectura de lo que sucede con la persona. Ahora, es como si vos tuvieras un esqueleto o un mapa; vos tenés el mapa, eso te va a servir, pero vos, a medida que vas caminando ese camino, te encontrás con cosas que no están en el mapa, o que vos no las sabés leer, y algo tenés que hacer con eso. Entonces, a mí me sirven otras cosas como estas que te digo [en alusión a la integración de técnicas terapéuticas no convencionales], es como que yo no le veo ninguna contradicción a tener como ciertas teorías que uno va tomando y que por ahí en algún momento, no sé, la cambie por otra o la siga profundizando. Por ahí me sirve. (Fernanda)

En base a lo compartido por las entrevistadas, quedan planteadas dos formas distintas de ejercer la práctica profesional de la psicología. Su diferenciación se relaciona con la postura y/o visión que se adopte para ejercer el rol de terapeuta. Por un lado, se encuentran los/as psicólogos/as ortodoxos/as, que desde una visión convencional, suscriben al desempeño del rol como terapeutas desde la adhesión a un único encuadre terapéutico y su correspondiente práctica. Por otro lado, existen psicólogos/as que ejercen su profesión desde una visión amplia y holística, siguiendo un trabajo artesanal de integración y complementariedad entre diversas técnicas, herramientas y enfoques terapéuticos, ya sean convencionales o no convencionales.

6.3.1 Ampliar las opciones de tratamiento: ajustando y traduciendo un trabajo artesanal a medida del paciente

El acercamiento al enfoque holístico y una lógica terapéutica basada en los criterios de integración y complementariedad se relaciona, en parte, con la necesidad de adquirir nuevos conocimientos, técnicas y herramientas terapéuticas que les permitan brindar soluciones a los procesos terapéuticos intrincados en la búsqueda de bienestar de sus pacientes. La necesidad de resolución de ésta carencia es algo compartido por todas las entrevistadas, quienes sostienen que no les alcanza con las técnicas y herramientas convencionales. Así lo expresan Paola y Gala:

> Me parece que es momento para abrir de vuelta la conformación de la psicología y ver si estamos necesitando también otros saberes, porque los que tenemos hasta ahora yo siento que no alcanzan. Las situaciones de la realidad, las situaciones que traían los pacientes me hacían ir a buscar más conocimiento. O sea, al encontrarme yo que no podía con lo que estaba viendo, con lo que estaba pasando, necesité ir a buscar más herramientas. (Paola)

> En el campo de la psicoterapia puntualmente esto que te decía de poder integrar recursos o herramientas que me permitan a mí o al paciente tener más información de uno mismo (…) hay ciertas cuestiones que no se pueden abordar solamente desde la psicoterapia entonces integrar o complementar con otras terapéuticas, por eso me parece fundamental integrar. (Gala)

Por su parte, Fernanda advierte sobre la importancia de recurrir a lo que ella denomina *permeabilidad teórica*, para ampliar el horizonte de opciones y propuestas terapéuticas para sus pacientes.

> A esto me refiero yo con permeabilidad de marcos teóricos, de cosas que se puedan ir complementando. Es como si vos tuvieras un botiquín: no tenés solamente alcohol y algodón; tenés merthiolate, tenés curitas, tenés pervinox, y vos vas sacando para cada situación lo que sentís y considerás, y tu formación profesional te indica que es lo mejor. Si vos solamente tenés siempre alcohol y algodón, a todo le vas a poner siempre eso, en algunas la vas a embocar, en otras no. (Fernanda)

Ahora bien, no se trata de incorporar opciones de tratamiento solo desde una apreciación conceptual. En el transcurso de la entrevista Paola expresó: *"lo que voy usando en mi vida personal lo voy integrando, me es muy difícil separar, lo que me hace bien a mí lo termino usando con los pacientes"*. Éste criterio experimental y pragmático para realizar la integración terapéutica es compartido por todas las entrevistadas. Todos aquellos enfoques, técnicas y/o herramientas terapéuticas no convencionales que integran a las opciones de tratamiento que ofrecen a sus pacientes, previamente fueron probados por ellas como usuarias. Como expresan Claudia, Nora y Pamela, sí la experiencia y/o técnica terapéutica les resulta beneficiosa para alcanzar bienestar, terminarán "resonando" y/o "vibrando" con ella, al punto de incorporarla en su trabajo como terapeutas.

> Por eso, como te comentaba recién, cuando fui aprendiendo distintas técnicas o herramientas o terapias, siempre lo experimentaba primero, y según cómo me resonara y qué efectos tuviera en mí, es que iba tomando lo que podía después aplicar en cada caso

> particular, según la necesidad que apareciera en cada persona. Siempre podría decir que me caracterícé, o me interesó, ésta cosa de ser maleable y aplicar aquello que fuera; soy un poco de todo lo que pueda hacer o que pueda dar, utilizando las herramientas que tengo incorporadas y que se activan en el momento de la unión con el paciente que viene a consultar. (Claudia)

> Siempre para poder ofrecer algo me gusta primero probarlo. La eficacia, probar de qué se trata. Jamás diría a alguien: "hace esto" o "a vos te vendría bien esto" sin saber, sin haberlo pasado por mí. (Nora)

> Siempre primero probé. Primero pruebo y luego aprendo hasta el punto que me interesa aprender. Y luego lo incluyo según la necesidad del paciente, según la urgencia, según la tela que tengo allí en ese momento entre el otro y yo. Esa opción que se arma, que no siempre se arma de la misma manera. (Pamela)

En sus palabras, Pamela nos adentra en otra característica de la integración, al expresar que la opción de tratamiento ofrecido no se arma siempre de la misma manera. Esto remite a otro criterio de instrumentación de la integración y/o complementariedad terapéutica que es compartido por la totalidad de las entrevistadas: la propuesta de tratamiento es a medida del paciente. Según Romina: *"qué va con cada uno es una tarea muy artesanal. Muy artesanal y muy a la medida de cada paciente".* Esto implica que en el transcurso de los encuentros terapéuticos se va decidiendo de forma artesanal qué técnicas y herramientas terapéuticas se le ofrecerán al paciente, de acuerdo a sus necesidades, disposiciones y/o características personales. Las entrevistadas afirman en su totalidad que no todas las técnicas y enfoques terapéuticos son para todas las personas por igual.

> Pero no todo es para todo el mundo, eso es un gran aprendizaje. Cuando viene el paciente, lo básico es lo básico, o sea, el escuchar y ver qué necesita, y qué lo puede ayudar, que no es para todos igual, y qué acepta; lo puede necesitar, pero no lo acepta todavía. (Paula)

> Empiezo a hacer un trabajo artesanal para conectar y armonizar un poco ese cuerpo y esa alma. Todas las técnicas en las que yo me formé todas me van ayudando, porque no hay un paciente igual al otro. Somos únicos e irrepetibles. Entonces voy viendo en cada paciente que llega, que necesita y con eso vamos trabajando. (Martha)

Las reflexiones y argumentos expresados por las entrevistadas con respecto a las particularidades y características que distinguen sus prácticas terapéuticas integradoras, pueden ser interpretados como un trabajo de ajustes y traducciones[28] que las entrevistadas desarrollan en el ejercicio de su profesión psicológica, en un contexto socio-cultural de ampliación del discurso *psi* y las culturas terapéuticas.

Lo que resulta importante destacar, es que éste trabajo de ajuste y traducciones permite a las entrevistadas dotar de sentido, y coherencia lógica, a la interacción existente entre su estilo de vida, su identidad profesional, la adopción de un enfoque holístico, las prácticas de integración de terapias no convencionales y las premisas de su formación psicoterapéutica convencional inicial.

Las siguientes reflexiones de Pamela representan un excelente ejemplo de ajuste y traducción pragmática que le permite transitar de su formación profesional convencional inicial hacia un encuadre holístico integrador. El encuadre psicoanalítico no es desestimado, antes bien es enriquecido con aquellas técnicas, enfoques y herramientas terapéuticas que surgen post-psicoanálisis. Ésta postura integradora es presentada como el resultado de transformaciones paradigmáticas que dejarían atrás las perspectivas divisorias entre diferentes posturas terapéuticas, orientándose hacia la adopción de visiones y prácticas terapéuticas ampliadas.

> Yo no las llamaría alternativas. Creo que es un término erróneo que está todavía de un paradigma de división. Precisamente hoy ese paradigma de división está quedando atrás. Las terapias son todas complementarias, porque una verdadera terapia está buscando el bienestar, y está buscando la salud, y está buscando el conocimiento (…) Yo creo que hoy el paradigma es unir. A partir de los años ’70, las ciencias experimentaron una transformación y a partir de los ’80 la humanidad está experimentando transformaciones enormes, las

[28] El desarrollo de las categorías analíticas de ajuste y traducción se detallan en el capítulo III, ya que forman parte del enfoque epistemo-metodológico de mi investigación.

> viejas miradas están superadas en todo. El psicoanálisis fue ciencia y lo va a seguir siendo y le prestó un servicio a la humanidad enorme, y bueno esa mirada, esa estructura, ese nivel de abstracción para comprender el psiquismo humano, hoy sigue teniendo un valor enorme. Y bueno, tenemos otras herramientas además. Y esa mirada se enriquece con lo que vino después, pero no le quita vigencia. (Pamela)

Desde una perspectiva paradigmática que implica la complementariedad terapéutica, varias entrevistadas (re)interpretan el enfoque psicoanalítico realizando ajustes y traducciones donde la integración de terapias no convencionales es vista como una forma más de lograr la ampliación terapéutica de la consciencia. Manteniendo cierta continuidad con la comprensión freudiana del psiquismo humano, Mónica describe cómo la cura sigue relacionándose con el logro de llegar a poner en palabras aquello que permanece oculto en el inconsciente.

> Básicamente con visualizaciones, tiene mucho que ver con encontrar ampliación de conciencia y encontrar otros caminos para resolver las mismas cosas. Creo que lo que a mí me pasó es esto de poder ampliar y ver otras maneras. Si no tienen mucha tela para entrar en el propio inconsciente, desde otro lado se puede. En general, mi tratamiento es psicoanalítico, con otro vínculo pero es desde el psicoanálisis. Y cuando pasa algo, que veo que está como que no se puede ver, digamos: lo importante es ir accediendo al inconsciente; que el inconsciente, como dice Freud, se haga consciente. Yo creo que las terapias complementarias son como para hacer consciente desde algún otro lugar que no sea lo inconsciente, digamos, como que el consciente se vaya ensanchando (…) digamos, lo ortodoxo, tradicional en mi época era hacer diván y cuatro veces por semana. Todo lo demás, no es que era alternativo, no existía o no era considerado, era brujería o algo por el estilo. En cambio ahora, toda esta concepción energética, el *Reiki*, o el trabajo con el cuerpo, también es terapéutico. Todas estas cosas que se trabajan, por ejemplo el *feldenkrais*, las distintas técnicas corporales que llevan a una relajación y a un centrarse dentro sí mismo, que no tienen nada que ver con la idea y la palabra, no pasa por la idea y la palabra. (Mónica)

Al integrar un enfoque multidimensional del individuo, la práctica terapéutica ya no se desempeña exclusivamente desde una concepción meramente lingüística e intelectual, también se consideran pertinentes abordajes desde lo energético

corporal, y lo espiritual, como dimensiones relevantes. Lo interesante es que las técnicas y herramientas terapéuticas no convencionales son interpretadas como otras formas desde donde ampliar la conciencia en términos terapéuticos. Así lo expresa Mónica cuando hace referencia a su trabajo con visualizaciones y técnicas energético-corporales.

Por su parte Romina describe la centralidad que adquiere la ampliación de la conciencia en un proceso terapéutico, resultando esencial abordar al paciente desde la dimensión energético corporal por medio de diversas técnicas como el *Yoga*, la alimentación macrobiótica y las flores de *Bach*.

> Entendí que hay algo del orden de lo que no se ve, que es lo que nos ordena, nos hace bien; que hay algo de la energía sutil que no está en ningún lugar y está como un huevito que nos va envolviendo, y eso lo desatendemos totalmente. Y desde este lugar, el *Yoga*, la macrobiótica, las flores, la idea es buscar una armonía y una comunión con el entorno, y con el otro, algo más del orden de la energía, de la vibración, de ampliar la conciencia. Lo que sirva para ampliar la conciencia es bienvenido. (Romina)

Los ajustes y traducciones, presentes en las prácticas y en las narraciones de las entrevistadas, representan un sustrato empírico profundamente descriptivo de la práctica terapéutica integradora. Permiten visibilizar e interpretar las continuidades inherentes al interior del proceso de transformación de la práctica terapéutica en el terreno de la psicología profesional local. El purismo teórico-práctico, expresado en la fidelidad exclusiva a un encuadre psicoterapéutico, no es una conducta valorada por las entrevistadas a la hora de decidir cómo practicar su profesión. Antes bien, son psicólogas que han optado por desarrollar su rol como terapeutas desde una lógica que se inscribe dentro del fenómeno de la expansión de las culturas terapéuticas y la ampliación del discurso *psi*.

6.3.2. Ventajas felices: realización personal, vínculos humanizantes y logros a corto plazo

En todos los encuentros que mantuve con las psicólogas, en algún momento de la conversación, todas ellas me expresaron sentimientos de alegría, satisfacción y realización personal por ejercer su trabajo terapéutico integrador desde un encuadre holístico. Todas advirtieron que se sienten muy cómodas y libres en el ejercicio del rol de terapeutas desde éste tipo de encuadre. Coinciden en que dicha libertad representa una ventaja importante, ya que desde ésta perspectiva pueden disfrutar mucho más de su trabajo, al mismo tiempo que dicen vivenciar experiencias de realización personal y profesional.

El acercamiento a una práctica terapéutica integradora es traducido por las entrevistadas como una vivencia de enriquecimiento personal, que en parte excede la cuestión meramente técnica de ampliación terapéutica. Esto se debe a que la práctica integradora se relaciona de forma intrínseca con las decisiones relativas a la conformación de su estilo de vida, el cual es atravesado y texturado por la perspectiva holística de la existencia humana y su bienestar. Sentir comodidad con el enfoque y la práctica terapéutica integradora es parte de lo que Claudia describe como su misión e ideal de vida, dando cuenta de la trascendencia que este tipo de práctica terapéutica adquiere en términos identitarios.

> La búsqueda siempre es de uno, es personal, tenés que transitar, entonces mi punto focal, mi objetivo permanente y constante, más allá de las cuestiones individuales de cada uno, apunta siempre como a esa integración. Mirando para atrás veo que en realidad debe ser parte de mi misión y de mi ideal de vida como integrar siempre esos caminos paralelos. (Claudia)

Como bien describe Carla, la comodidad que experimenta con el enfoque holístico integrador no se relaciona en principio con una argumentación meramente intelectual que lo justifique, sino con aquellas decisiones y elecciones inherentes a su estilo de vida.

> Y yo me siento francamente cada vez más cómoda y voy encontrando enfoques cada vez más cómodos que tienen que ver conmigo pero por eso volvemos al principio: todo esto tiene que ver con que me fui guiando por algo que resonaba conmigo y esto ni siquiera tiene que ver con una justificación intelectual, eso vino después, había una resonancia que creo es la misma que reciben mis pacientes. (Carla)

La adopción de una práctica terapéutica enmarcada en un enfoque holístico se inscribe dentro de un trabajo constante de construcción identitaria (véase capítulo IV), donde las entrevistadas realizan prácticas de ajuste y traducción que habilitan una singularización creciente de sus trayectorias personales y profesionales. Forma parte de aquellas decisiones inherentes al despliegue de la personalidad, la identidad y el estilo de vida de las entrevistadas; describe quienes son, cómo se interpretan a sí mismas y cómo entienden su profesión. Sus trayectorias profesionales se encuentran atravesadas por una perspectiva holística existenciaria del individuo que articula la práctica terapéutica integradora con un estilo de vida holístico que las define integralmente como personas abiertas y en una búsqueda constante del autodescubrimiento y la satisfacción personal. Las siguientes expresiones de Fernanda dan cuenta de ello:

> Creo que me calza este rol profesional que yo estoy desarrollando, me calza y encuentro mucha satisfacción personal en el hecho de que aun con ciertas equivocaciones, o con cosas que voy supervisando y que voy tratando de ir creciendo, pero creo que estoy en el lugar donde tengo que estar, ¿entendés? Y estar abierta a seguir, sin enloquecerme, pero me sigo enriqueciendo; sin volverme loca, sigo estando como abierta a otras cosas. (Fernanda)

La realización profesional se relaciona también con sentirse más productivas y eficaces en su rol como terapeutas desde un encuadre de trabajo holístico integrador. Mientras conversábamos sobre las ventajas que este tipo de práctica terapéutica otorga, Mónica me dijo: *“yo me encuentro como más libre, me siento más libre con esto. Y sé que realmente me siento más productiva, más eficaz”.* En

este sentido, las entrevistadas consideran que los tratamientos que brindan a sus pacientes resultan ser más efectivos, en comparación con tratamientos psicoterapéuticos convencionales que ellas probaron no sólo como terapeutas, sino también como pacientes. Las entrevistadas expresaron dos ventajas que el encuadre holístico, y una práctica terapéutica integradora, les ofrece en este sentido: un mejor establecimiento del vínculo terapeuta-paciente y el logro de resultados eficaces a corto plazo.

Anteriormente detalle la interrelación entre la adopción de un encuadre holístico y la necesidad de adquirir nuevas técnicas y enfoques que permitan ampliar las herramientas terapéuticas disponibles para abordar las necesidades de los/as pacientes. Ésta situación se expresa también en un aspecto importante del trabajo terapéutico: el vínculo terapeuta-paciente. En este sentido, al igual que Susana, el resto de las entrevistadas también manifestaron su disconformidad e incomodidad con las enseñanzas y recomendaciones relacionadas con la forma correcta de establecer y gestionar el vínculo terapeuta-paciente desde la perspectiva de los encuadres psicoterapéuticos que ellas consideran convencionales.

> Porque me pasaba esto. Yo no quería ser psicoanalista, no encontraba otro marco teórico en el que me sintiese cómoda para trabajar. Lo otro era lo cognitivo conductual o lo sistémico pero había algo de la relación paciente-terapeuta o de la relación saber-poder que yo no quería ser la que supiese lo que le pasa al otro. Ahora me doy cuenta de que me pasaba eso, de que no quería tener ese vínculo con los pacientes. (Susana)

En el caso de Vanesa, inclusive considera que el psicoanálisis termina siendo iatrogénico en el vínculo terapeuta-paciente, aduciendo que la distancia y formalidad en la comunicación termina lastimando a muchas personas durante procesos psicoterapéuticos prolongados.

> Mi punto de vista es que hay un punto en el que la mirada psicoanalítica más convencional se vuelve iatrogénica, y que el estilo de comunicación entre terapeuta y paciente lastima mucho a la persona, encontrarte con un terapeuta que solo dice “aja” que te

> saluda dándote la mano, lejanamente, que no tiene un gesto de humanidad, muchas personas he recibido lastimadas por procesos terapéuticos de años, de hacer algo que no iba a ninguna parte. (Vanesa)

Las entrevistadas coinciden en señalar que el vínculo que pueden establecer y mantener con los pacientes desde un encuadre holístico, resulta ser mucho más humano, afectuoso y cercano. Ellas describen que la distancia entre terapeuta y paciente disminuye debido a la *afectivización* del vínculo. Las palabras de Lucía describen este aspecto central de la importancia que adquiere la libertad en las demostraciones de empatía, afecto y cariño hacia sus pacientes, señalando que la tarea del terapeuta no sería solo interpretar como una computadora (expresión que en el contexto de la entrevista fue acompañada por un lenguaje gestual y corporal de reclamo y ofuscación hacía algo que no se desea).

> Quizás cuando te digo que no era tan ortodoxa era que yo me permitía ciertas cosas que desde la técnica son complicadas. Me permitía gestos de cariño, un abrazo, me permitía otras cosas porque me surgían naturalmente; desde el principio siempre sentí que mi trabajo estaba atravesado por lo humano y por cierta sensibilidad y empatía, ¡no soy una computadora de interpretación! (…) encuentro como cierta simpleza en el tipo de acompañamiento que brindo. Y algo de mucha humanidad al trabajar con el vínculo con el otro sin miedo a que se afectivice, como sin miedo a eso; y con una mente abierta (Lucía)

La idea de afectividad refiere a la cualidad de dotar de afecto a la relación terapeuta-paciente. La disposición a presentarse con humildad, afecto y compromiso en el establecimiento de un vínculo terapéutico signado por la empatía y la asertividad en la comunicación, permitiría establecer un vínculo en donde la dimensión afectiva es considerada sumamente terapéutica.

Según las entrevistadas, relajar el vínculo terapéutico implica reducir la distancia emocional que los encuadres psicoterapéuticos convencionales recomiendan. Desde las reflexiones de Nora, el rol del terapeuta es entendido como

el de un facilitador, que debe relacionarse con el paciente desde la humildad de no pretender saberlo todo o tener una respuesta interpretativa para todo.

> Con respecto a mí de verme más sincera, más transparente más humana, esta cosa que nos enseñaban por ahí en la facultad, la distancia, que nadie sepa nada de vos, la verdad que todos mis pacientes deben saber que tengo dos hijos, que vivo en xxx, mis formaciones, en qué trabajo fuera del consultorio, eso como también relajar un poco el vínculo, relajar un poco mi imagen, eso me hizo sentir siempre más cómoda. (Nora)

La sensibilidad, la transparencia y la sinceridad en el establecimiento del vínculo con sus pacientes son sumamente valoradas por las entrevistadas, ya que les permite sostener una comunicación menos rígida, más fluida y empática. Las palabras de Susana dan cuenta de que la incorporación del cuerpo y las emociones del terapeuta en la dinámica del vínculo con sus pacientes no sólo no necesita ser neutralizada, sino que es considerada una ventaja que motoriza la construcción de un proceso terapéutico compartido.

> Tengo una disposición, tengo un encuadre muy claro, pero invito a explorar y el paciente tiene más información que yo sobre él, entonces eso a mí me gusta mucho, saber que es algo compartido lo que se va construyendo, y para mi otra ventaja muy grande es que, en la bioenergética, se trabaja con el vínculo terapéutico. Entonces, que eso pueda estar incluido, que el terapeuta pueda nombrar lo que le pasa para que le sirva al paciente, a veces prestarle palabras que no tiene, prestarle un eco emocional permite un aprendizaje. Esas creo que son ventajas enormes, de que el cuerpo del terapeuta, las emociones estén incluidas y que no sean un obstáculo que haya que neutralizar digamos. Es una herramienta y motoriza un montón el trabajo. (Susana)

En este sentido, las dimensiones energético corporales/emocionales emergen en los relatos de las entrevistadas como un eje central de abordaje terapéutico. Desde un enfoque holístico, que concibe a la persona como un ser

multidimensional, las psicólogas advierten el potencial sanador que la inclusión del cuerpo y las emociones tienen en un contexto terapéutico.

Mi análisis sobre ésta característica de la práctica terapéutica integradora, se orienta hacía una concepción de cuerpos/emociones, y no a la separación de ambos como esferas diferentes. Según Scribano (2012), el cuerpo individuo puede ser entendido como una construcción elaborada filogenéticamente que indica los lugares y procesos fisio-sociales por donde la percepción naturalizada del entorno se conecta con el cuerpo subjetivo. Ahora bien, el cuerpo subjetivo implica la auto-percepción del individuo como espacio de percepción del contexto, y también el entorno en tanto *locus* de la sensación vital enraizada en las experiencias y prácticas de un *self*. Esta experiencia de corporización se completa con la implicación procesual del cuerpo social, el cual consiste en las estructuras sociales incorporadas que vectorizan al cuerpo individual y subjetivo en relación a sus conexiones con las interrelaciones de la vida cotidiana. Esta elaboración en su materialidad inmediata parte de la certeza del cuerpo individuo, que en tensión con el social y el subjetivo, provee de los procesos experienciales básicos que permiten sentir(se) en el mundo a través de un cuerpo.

Esta capacidad sensorial del cuerpo, el cual en su interrelación con las emociones habilita al individuo a sentirse en el mundo, más precisamente en los contextos donde interactúa con otros cuerpos/emociones, es sin dudas una capacidad terapéutica recuperada en la práctica holística integradora, la cual se orienta hacia el autodescubrimiento y la aceptación de sí mismo/a.

Según las entrevistadas, las características del vínculo establecido desde un enfoque holístico generan una disminución de las experiencias de decepción en el proceso terapéutico. La demostración de afecto, el trato humanizante, el acercamiento humilde y el rol de facilitador, habilitan el desarrollo de tratamientos desde un vínculo más colaborativo entre paciente-terapeuta, estableciendo una mayor simetría en la interrelación terapéutica. Las siguientes expresiones de Carla sintetizan muy bien lo compartido al respecto:

> Todas estas miradas más abarcativas a mí me llevan a una mirada más amorosa, en general, de la vida y de lo que sucede. En el vínculo con los pacientes fluye algo en forma más sencilla. Me cuesta cada vez menos, en ese sentido, desde que integro estas miradas,

> llegar al paciente. Porque también al saber que yo soy un facilitador, hay una apertura al otro que hace que algo se abre y no haya tanta expectativa rígida. Eso no genera tanta decepción, tanta rigidez, tanta presión en mí de vuelta con el paciente. Entonces genero un vínculo mucho más fluido. Hay algo del vínculo humano que sana, que sucede más rápido. (Carla)

Carla también destaca que este tipo de vínculo más humano en la relación terapéutica permitiría que la sanación suceda más rápido. El resto de las entrevistadas también destacaron como una ventaja de la práctica terapéutica integradora el logro de transformaciones y/o cambios positivos para sus pacientes en el corto plazo. Nora lo expresó de esta forma, dando cuenta de la relevancia que adquiere la afectivización del vínculo: *"me di cuenta que realmente con un abrazo simplemente se hacía lo que por ahí desde otra línea, o desde otra cosa más teórica, se tarda por ahí meses o años".*

Carla por su parte lo expresó así: *"yo tengo mejores resultados hoy que antes. En términos de cuántos pacientes y en cuánto tiempo logran crecer en algo. Siento que los resultados de los que yo pude ser parte fueron más rápidos".* Luego de ésta afirmación, reflexiona relacionando ésta característica de la práctica terapéutica integradora con la aceleración del uso del tiempo en el desarrollo de la vida cotidiana actual. La demanda actual de sus pacientes en la consulta implicaría una expectativa orientada hacia la inmediatez de las respuestas resolutorias a sus conflictos, lo cual requeriría una mayor asertividad en las intervenciones terapéuticas.

> Bueno, dispositivos que me parece que la vida de hoy requieren ser más asertivos en nuestras intervenciones. Vos no podés hacer que un paciente venga durante cinco meses y después de cinco meses "entonces vamos viendo si ahora vamos descubriendo a ver si tenés alguna dificultad con tu papá". Hoy día los tiempos son mucho más acelerados y las personas que vienen en general vienen con problemas bastante importantes para ellos, para su vida cotidiana, para ellos un obstáculo. Vienen con recursos económicos limitados. Para la mayoría es una inversión importante ir al psicólogo y necesitan respuestas como de acá a corto plazo. (Carla)

Este ajuste y traducción de la práctica terapéutica, que implica asociar la rapidez de los logros a corto plazo con transformaciones socio-culturales relativas a la aceleración de los tiempos vitales en la modernidad tardía, surge también en los relatos de otras entrevistadas. Sofía, desde una perspectiva crítica, desarrolla ésta asociación, pero haciendo referencia a los encuadres psicoterapéuticos convencionales.

> Y lo que además me da es un alcance de objetivos en un tiempo pero muchísimo menor que tal vez una terapia tradicional pueda llevarte. Hoy día, mirá cómo vivimos todos: el día no alcanza. Yo realmente creo que hoy la terapia tradicional, desde ese encuadre, cuando un paciente llega a una claridad conceptual, la vida ya le pasó por encima. A veces en los talleres una persona hace una constelación, y a la semana o a las dos semanas tiene el resultado porque se ordenó lo que había que ordenarse. (…) Y yo creo que en estos tiempos es la inmediatez lo que lamentablemente, o por suerte, no sé, se nos juega, y entiendo que la forma de poder realmente hacer un trabajo desde lo más profundo está propiciado y posibilitado más que nunca, entonces yo entiendo que éstas terapias también acompañan un tiempo, un ritmo y una dinámica que es sincrónico al ritmo y al tiempo que hoy estamos viviendo. (Sofía)

Las limitaciones de los encuadres psicoterapéuticos tradicionales radicarían, en parte, en la lentitud de sus procesos ante el desafío de las demandas y expectativas signadas por la inmediatez de la búsqueda de resultados. La práctica terapéutica integradora es definida por Sofía como un tratamiento que, desde su encuadre y praxis, acompaña sincrónicamente la aceleración del ritmo de vida actual, pero no necesariamente como algo negativo, sino como una propuesta terapéutica aggiornada a la actualidad.

6.4. Reflexiones finales

El adoptar las premisas epistemo-metodológicas del pragmatismo, me permitió abordar el sustrato empírico construido durante el proceso investigativo,

desde una estrategia de análisis que priorizó una mirada que no redujera el fenómeno de la práctica terapéutica integradora a un mero análisis comparativo entre psicoterapias tradicionales y terapias alternativas. Por el contrario, inclusive cuando emergieron caracterizaciones y definiciones nativas sobre aquellas características que distinguen su práctica no convencional, integrativa y complementaria de aquellos encuadres más convencionales y ortodoxos, las mismas fueron interpretadas como un trabajo de ajuste y traducción que le otorga un sentido de continuidad a las transformaciones que experimentan en su trayectoria profesional. Esto las habilita a sentirse más cómodas y libres en el ejercicio de su rol profesional desde un encuadre holístico integrador.

Desde esta perspectiva pragmatista, me adentre en el análisis de las entrevistas, acompañando la lectura de las conversaciones con un ejercicio de suspensión teórica, es decir, me dispuse a dejar en suspenso las reflexiones teóricas sobre mi tema de estudio, y me sumergí en una escucha minuciosa de los datos que iban surgiendo del proceso de sistematización y codificación. De hecho éste capítulo fue primeramente escrito en su totalidad desde el desarrollo descriptivo de los datos empíricos. Recién luego comencé un trabajo de relectura para sumar los diálogos con los aportes conceptuales. Las categorías analíticas fueron estructurando el desarrollo de los hallazgos, desde aquellos aspectos más abstractos de los argumentos y prácticas que guían el trabajo de ajuste y traducción de las entrevistadas, como son la concepción multidimensional del individuo y la idea de bienestar como proceso dinámico de autodescubrimiento y aceptación personal; hasta aquellos aspectos característicos de la práctica terapéutica integradora que implican la afectivización humanizante del vínculo terapeuta-paciente, la rapidez de los logros terapéuticos a corto plazo y los sentimientos de felicidad y realización personal-profesional.

Si bien es cierto que las entrevistadas recurren a la búsqueda constante de nuevas técnicas y herramientas terapéuticas para adquirir más recursos terapéuticos, también es igual de cierto que la integración se basa además en el criterio de la experimentación personal y posterior integración condicionada por la resonancia y/o vibración personal. Esto último involucra la dimensión identitaria y las

decisiones inherentes a la elección de un estilo de vida en relación a la adopción de un encuadre holístico integrador.

El creciente entusiasmo que las entrevistadas manifestaron al referirse a su práctica terapéutica integradora remite a la posibilidad cierta de articular un tratamiento que se relaciona más fluidamente con su concepción holística del bienestar. La perspectiva crítica de Crawford (2006) sobre las prácticas terapéuticas de cuidados no convencionales asociadas al holísmo terapéutico, considera que las mismas no quedan exentas de colaborar con el avance de la moralización sobre el cuidado de la salud y la adopción de estilos de vida saludables. Esto podría provocar, según el autor, que el fracaso en el logro de una buena salud y un óptimo estado de bienestar se equipare con la incapacidad para dominar las propias emociones o para apreciar las dimensiones espirituales del ser. Desde esta concepción crítica, las versiones integradoras y complementarias del cuidado de la salud, no escaparían necesariamente a la lógica que articula responsabilidad individual y culpabilidad en el contexto del imperativo cultural de la expansión personal. Desde esta perspectiva analítica, paradojalmente, en un mundo occidental signado por el racionalismo cientificista, la influencia del holísmo terapéutico estaría logrando que la salud se convierta en un asunto de creencia, generando que el logro de bienestar y equilibrio emocional se transforme en una responsabilidad individual sumamente exigente.

Si bien resulta cierto que la práctica terapéutica integradora no tiene por qué plasmarse en prácticas terapéuticas emancipadoras de la culpabilidad y el constreñimiento social actual, no necesariamente el individuo tiene que quedar inmerso en el contrapunto patologizante[29]de la articulación entre cuidado de sí y el imperativo de la expansión personal. Antes bien considero necesario partir de un enfoque conceptual sobre las terapias no convencionales que, sin descartarla, matice la concepción crítica de Crawford (2006).

Mi enfoque conceptual comprende la agencia humana (Giddens, 1995; 2011) en relación con los procesos de subjetivación contemporáneos, pensándola

[29] Con la expresión contrapunto patologizante me refiero a uno de los fenómenos implicados en la articulación entre cuidado de sí y expansión personal, es decir, la emergencia de la nuevas enfermedades del alma que esta articulación puede movilizar y que fueron debidamente detalladas en el capítulo anterior.

en términos procesuales, donde la interrelación entre sujeto, acción, contexto socio-cultural y subjetividad siempre se presenta como un juego abierto a la creatividad humana. Esto me permite pensar de forma más dinámica el diagnóstico de época desarrollado en la introducción de esta tesis, el cual representa el escenario socio-cultural en donde se inscribe la emergencia de la práctica terapéutica integradora.

Los relatos de las entrevistadas dan cuenta de cómo los individuos no necesariamente aceptan pasivamente las condiciones culturales de la acción social, sino que pueden reconstruirlas e interpretarlas desde sus circunstancias particulares y en relación con sus contextos de interacción social. Desde mi análisis propongo que no habría entonces un efecto único de las terapias bajo el contexto cultural descrito, sean estas no convencionales o convencionales, sino más bien una puesta en práctica de las mismas directamente relacionada con la capacidad de agencia y el despliegue creativo de cada individuo, los cuales pueden convertir sus prácticas terapéuticas en espacios promotores de la reflexividad que habiliten nuevas capacidades para adquirir destrezas de cuidado sobre sí mismos y los demás.

Si bien la búsqueda de bienestar implica el despliegue de la capacidad de agencia de un individuo para ser capaz de generar sus propios espacios de subjetivación, esto no implica que deba interpretarse esta búsqueda como una conducta que termine indefectiblemente recluyéndose al plano de la búsqueda de satisfacción desde la propia particularidad bajo la premisa de la expansión personal.

Teniendo en cuenta las reflexiones desarrolladas resulta necesario repensar un orden cultural que valoriza la ficción de un ideario de bienestar permanente. En este sentido, las terapias pueden significar para la vida de ciertos individuos una vía propicia para el desarrollo de su subjetividad y la producción de nuevos enfoques y sentidos subjetivos que favorezcan la reflexión sobre el cuidado de su salud integral. Seguramente esto será alcanzable si las prácticas terapéuticas se afirman sobre una lógica del cuidado de sí no solo orientada hacia el desarrollo de las capacidades personales para sortear las dificultades existenciales, sino también hacia el reconocimiento del otro, la renuncia a la propia particularidad como forma de satisfacción y la aceptación de nuestras limitaciones y potencialidades constitutivas. En definitiva, éstas premisas se emparentan mucho con la propuesta terapéutica de las entrevistadas.

7. Capítulo VII. Conclusiones Finales: Articulo, luego existo.

Desde sus inicios esta investigación implicó un desafío existenciario, ya en su comienzo requirió reflexionar arduamente para convertir una inquietud vaga y azarosa en un problema de investigación dentro del campo de las Ciencias Sociales. Se convirtió en un desafío porque el tema no me resulta ajeno a mi existencia. Me interesaba comprender sociológicamente un fenómeno que se presentaba esquivo en su aprehensión y extremadamente difuso en su interpretación. Se trataba, nada más y nada menos, que del sufrimiento, la angustia, el dolor y la incertidumbre que muchos individuos podemos padecer en la actualidad mientras intentamos alcanzar el sosiego del bienestar en nuestras vidas. Digo podemos, porque desde los supuestos epistemológicos y axiológicos que guían la perspectiva cualitativa, el investigador está inmerso en el contexto de interacción que desea investigar. Resulta entonces necesario asumir que la interacción entre ambos y la mutua influencia son parte de la investigación. Mis valores y experiencias vitales, junto a las de las entrevistadas, formaron parte del proceso de construcción del conocimiento, habiendo sido imperativo reflexionar constantemente acerca de ello (Creswell, 1994; 1998; Denzin y Lincoln, 2005).

En este sentido, la temática bajo estudio fue problematizada y se orientó hacia un terreno específico: el abordaje terapéutico de las dolencias psicoemocionales en el terreno *psi* local, en un contexto de expansión del discurso psicológico y las culturas terapéuticas (Illouz, 2010; Papalini, 2014). Como señalé en la introducción, la particularidad de la búsqueda de bienestar en el ámbito socio-cultural de la modernidad tardía, se distingue por estar atravesada por el mandato cultural de la expansión personal (Ehrenberg, 2000), el cual se configura como uno de los rasgos culturales característicos de las sociedades occidentales contemporáneas.

Los hallazgos desarrollados en los tres capítulos de análisis, brindan datos empíricos que me permiten confirmar la existencia de un tipo de sujeto predispuesto

a descifrarse a sí mismo en búsqueda del bienestar. El cuidado de sí puede llegar a desarrollarse bajo un ideal de vida saludable que pretende optimizar al máximo el rendimiento y las potencialidades de los individuos. Las psicólogas entrevistadas han dado cuenta de la existencia contemporánea de un ideal normativo anclado en la premisa de la autorrealización. Sus relatos describen con precisión experta un contexto social signado tanto por el imperativo de la autenticidad, la fascinación por el éxito, el rendimiento y la felicidad, como por el pluralismo, los cambios constantes, el riesgo, la inseguridad y la incertidumbre (Ehrenberg, 2000; Giddens, 1995; Guinsberg, 1994; Hornstein, 2013).

Sus trayectorias profesionales denotan un deslizamiento que, desde un trabajo de ajuste y traducción, les ha permitido (re)significar su profesión hacia una práctica terapéutica holística integradora, caracterizada por los criterios de amplitud y complementariedad en la articulación de múltiples y diversas técnicas terapéuticas convencionales y no convencionales.

Sus (re)significaciones sobre su rol como terapeutas y su identidad profesional, denotan las transformaciones socio-culturales contemporáneas que promueven la diversificación de opciones de estilo de vida y de sistemas expertos, que en un contexto de globalización, pretenden ampliar el margen de acción y cuidado de los individuos, en especial en lo referente al despliegue de un proyecto reflexivo del *self* (Giddens, 1995).

Las decisiones relativas al cuidado de la salud y la búsqueda de bienestar se constituyen como experiencias y acciones ligadas a proyectos reflexivos implicados en la construcción de la identidad personal (Giddens, 1995). La suscripción a una perspectiva holística de la salud y a prácticas terapéuticas integradoras y/o complementarias implica el despliegue de la capacidad de agencia de las entrevistadas en relación a satisfacer inquietudes existenciarias de autorrealización en un contexto socio-cultural que promueve la autonomía y la responsabilidad personal en el desarrollo de las potencialidades personales (Sointu, 2012; Lipovetsky, 2010).

El interrogante latente que emerge de la voz de las entrevistadas resulta ser la pregunta por ¿quién soy? La centralidad que adquiere esta inquietud existenciaria

se encuentra presente tanto en su concepción del bienestar como en su apreciación sobre los rasgos característicos del sufrimiento psicoemocional actual. La primera remite a una experiencia resultante de un encuentro con uno/a mismo/a, en donde el individuo logra conocerse y aceptarse a sí mismo, asintiendo con su destino. En la segunda se asocia a una crisis existenciaria que se manifiesta con una angustia creciente sobre la falta de sentido de la vida, dudas sobre quién es uno/a mismo/a y cuál es el propósito de la vida, lo cual puede decantar en nuevas enfermedades del alma (Kristeva, 1995), entendidas como padecimientos relacionados con cuadros depresivos inherentes al déficit y la carencia producidas por el narcisismo patológico (Ehrenberg, 2000; Hornstein, 2013; Lasch, 1999).

Según la mirada de las entrevistadas las personas que se acercan a la consulta actualmente expresan una clara necesidad de encontrarse consigo mismas, de escucharse y de ser ellas mismas. Es en este punto crucial donde emerge la perspectiva holística, la cual no sólo amplía el concepto de persona hacia su constitución multidimensional, sino que también transforma el ejercicio concreto de su práctica terapéutica hacía dos de sus características y potencialidades más distintivas: la integración y la complementariedad entre diversas disciplinas, técnicas, herramientas y encuadres terapéuticos en pos de brindar un tratamiento artesanal a medida de cada paciente y el ejercicio más flexible e integral de su rol como terapeutas.

En este sentido, el acercamiento a una práctica terapéutica integradora es traducido por las entrevistadas como una vivencia de enriquecimiento personal, que en parte excede la cuestión meramente técnica de ampliación terapéutica. La práctica integradora se relaciona de forma intrínseca con las decisiones relativas a la conformación de su estilo de vida, el cual es atravesado por la perspectiva holística de la existencia humana y su bienestar, excediendo así una mera decisión de cómo instrumentar su profesión psicológica.

He reservado para el cierre de esta tesis, unas elocuentes palabras de Carla que sintetizan la importancia que adquiere un encuadre holístico y plural de la existencia humana en la actualidad. Ella hace referencia a lo que entiende como una característica distintiva de los individuos contemporáneos en relación a sus prácticas

de cuidado y búsqueda de bienestar: la revisión reflexiva y contextualizada sobre sí mismo.

> Creo que somos una de las primeras generaciones que reflexiona más sobre sí misma, entonces revisamos cosas que venimos heredando de cómo funcionó el ser humano durante mucho tiempo. En eso también se incluyen patrones culturales, esquemas mentales, creencias que condicionan muchísimo lo que creemos que es posible en la vida: quiénes somos, cómo hay que vivir y qué es lo importante (Carla)

Los relatos de vida de las entrevistadas vislumbran este ejercicio de revisión paradigmática. En sus argumentos y prácticas inherentes a su trabajo de ajuste y traducción de su profesión, dan cuenta de cómo la práctica terapéutica integradora se relaciona de forma intrínseca con las decisiones relativas a la conformación de su estilo de vida holístico y su trabajo identitario. Su carácter de buscadoras, su maleabilidad y su flexibilidad para articular e integrar diversos enfoques, técnicas y herramientas terapéuticas por medio de la permeabilidad teórica, habilita su alejamiento de toda ortodoxia y purismo psicoterapéutico tradicional. La comodidad y el sentido de realización personal y profesional que experimentan con el enfoque holístico y la práctica terapéutica integradora es entendido por ellas como su misión e ideal de vida.

Ahora bien, ante el desafío existenciario que la mencionada pregunta ¿quién soy? presenta, resulta necesario reflexionar sobre lo que los individuos suelen responder. Las respuestas a esta pregunta suelen orientarse hacia aquello que es importante para nosotros/as, es decir, lo que da sentido a nuestras vidas.

Según Taylor (2006) el *self* se va definiendo en distintos momentos de su ciclo vital en relación con los compromisos e identificaciones que le van proporcionando el lenguaje, el marco y el horizonte desde los cuales establece, en cada ocasión y circunstancia, lo que es bueno, lo que vale la pena vivir o lo que hay que hacer de acuerdo a sus convicciones, valores y creencias que configuran sus marcos referenciales. Estos representan los supuestos de fondo y los contextos en relación con los cuales el *self* puede tomar una postura, identificarse, actuar y formular juicios morales. En palabras del autor:

> Solamente somos yos en esas cuestiones concretas que son importantes para nosotros. Lo que soy como un yo, mi identidad, está esencialmente definido por la manera en que las cosas son significativas para mí. Y, como ya se ha analizado ampliamente, esas cosas son significativas para mí y el asunto de mi identidad se elabora, solo mediante un lenguaje de interpretación que he aceptado como válida articulación de estas cuestiones (Taylor, 2006: 61).

En este sentido, propongo que, en términos de agencia social y construcción identitaria, los procesos actuales de apropiación de recursos y de construcción de referencias en las experiencias de identificación se complejizan debido a que los mecanismos de identificación personal y social son cada vez más diversos. La identidad en las sociedades contemporáneas no sería algo fijo, ni permanente en esencia, sino un proceso en continua construcción, transformación y fragmentación que da origen a la multiplicidad (Hall, 2011). La unidad del *self* tendría cierto carácter ficcional, producto de una narrativa identitaria que le otorgaría una coherencia narrativa (Ricoeur, 1986; 1996).

La elección de un estilo de vida representa el conjunto de prácticas que un individuo adopta, no sólo porque satisfacen necesidades utilitarias, sino porque dan forma material a una crónica concreta de su identidad. Implica aquellas decisiones referentes, no sólo a cómo actuar, sino a quién ser, y están abiertas al cambio en función de la naturaleza móvil del proceso de construcción identitario (Giddens, 1995). Siguiendo a Benveniste (1980) los individuos no disponen de ningún otro medio de vivir el ahora, y de actualizarlo en su sentido, más que desde su discurso en el mundo. La enunciación hace presente nuestra propia existencia, la cual se (re)significa en cada producción de discurso, estableciéndose así un tiempo biográfico o calendario discreto constitutivo del ser, un tiempo de pliegues, superposiciones y rupturas (Leclerc-Olive, 2009).

El trabajo identitario de las entrevistadas, que en parte remite a la elección de sus marcos referenciales, se inscribe en un contexto moderno donde la autonomía y el bienestar representan valores centrales del conjunto de mandatos que reconocemos como morales en la actualidad. Siguiendo a Taylor (2006), existe

un peculiar sentido moderno que posiciona en un lugar preeminente a la libertad y al autocontrol, otorgando una alta prioridad al hecho de evitar el sufrimiento.

La crisis de sentidos (y/o vacio existenciario) descrita por las entrevistadas como un rasgo característico de los padecimientos psicoemocionales contemporáneos, puede ser interpretada como el resultado de aquellas situaciones donde el *self* no alcanza a articular la multiplicidad de marcos referenciales que se presentan como opciones de configuración identitaria en el contexto de diversificación y pluralización de los estilos de vida en la modernidad tardía. Ahora bien, los marcos referenciales y orientaciones múltiples no necesariamente se excluyen entre sí, pueden y suelen combinarse a lo largo de la vida de cada individuo, como bien lo expresa el trabajo de ajuste y traducción desplegado en las trayectorias profesionales de las psicólogas que participaron de esta investigación.

En términos existenciarios, sortear la situación de angustia al sinsentido que define nuestra era, implica el logro de articular diferentes marcos referenciales desde la comprensión reflexiva que los individuos tengan de su vida como una historia, como una narrativa que se despliega en contextos institucionales, profesionales, colectivos, privados y públicos atravesados por conflictos, disputas y negociaciones en tornos a los sentidos de lo individual y lo social (Di Leo, 2017; Taylor, 2006).

La identidad profesional de las entrevistadas se presenta como un devenir, como una construcción nunca acabada, flexible y abierta a la temporalidad y la contingencia, una posicionalidad relacional en las interacciones de la vida cotidiana y su desempeño profesional. Sólo esta temporalmente fijada en el juego de las diferencias, similitudes, ajustes y traducciones que le permite mantener una continuidad en sus proyectos profesionales signados por la revisión reflexiva de diversos enfoques y marcos referenciales (Borda, 2015; Giddens, 1995; Hall, 2011).

La dimensión narrativa de la identidad nos muestra que la misma se construye desde la interdiscursividad social (Arfuch, 2002). Dada la actual pluralización de valores y la creciente heterogeneidad de los estilos de vida y marcos referenciales, la identidad personal resulta una configuración dinámica de un conjunto de identificaciones a las que el proyecto de vida articulado narrativamente

les otorga coherencia interna y cierta seguridad existenciaria (Dubar, 2002; Giddens, 1995).

Los testimonios de las entrevistadas sobre los principales motivos de consulta de sus pacientes se encuentran revestidos de un saber experto que me permiten afirmar la existencia de un orden cultural que normativiza la iniciativa personal de la autorrealización como sinónimo de buena salud y equilibrio emocional. Queda planteado en esta investigación que el imperativo cultural de la expansión personal puede generar la proliferación de patologías relacionadas con un ideal del yo demasiado pretencioso y exigente, condicionando el cuidado de sí desde un modelo moral anclado en la felicidad exacerbada, el culto al rendimiento y la maximización productiva en todos los órdenes de la vida. Algunos individuos podrían correr el riesgo de convertirse en su propio objeto de deseo, no renunciando así al engaño de buscar la satisfacción en su propia particularidad y/o genuinidad.

Sin embargo, el caso de las psicólogas que compartieron sus experiencias terapéuticas conmigo, refleja una circunstancia diferente. Ellas han logrado, desde la articulación reflexiva de diversos marcos referenciales, ajustar y traducir su encuadre psicoterapéutico adquirido en su formación académica convencional con su estilo de vida holístico y su práctica terapéutica integradora y/o complementaria. Si bien su trabajo profesional, y su estilo de vida, se encuentran interpelados para el imperativo cultural de la expansión personal, la singularización creciente de las trayectorias vitales y la emergencia de un sujeto predispuesto al autodescubrimiento de su autenticidad como sinónimo de buena salud y bienestar, esto no generó en ellas el vacío existenciario y/o la crisis de sentidos. Antes bien, su trabajo de articulación e integración les ha permitido (re)orientar su profesión de manera que mantenga una relación lógica y coherente con su proyecto vital, al mismo tiempo que les permite experimentar sensaciones de disfrute, paz y realización personal.

La búsqueda de coherencia entre la vida personal y la profesional es el hilo conductor de las narrativas sobre las decisiones de carrera y los virajes realizados por las entrevistadas. Como Giddens (1995) lo plantea, el logro de autenticidad deriva de integrar las experiencias vitales en un marco narrativo de desarrollo personal en el que la primera lealtad es hacia uno/a mismo/a. En el caso de las psicólogas entrevistadas, las contradicciones y/o afecciones estructurales que

presenta la condición existenciaria de la modernidad tardía, son resueltas a través de las soluciones biográficas que ellas mismas elaboran desde su capacidad de agencia intrincada en sus proyectos profesionales.

Para finalizar, quisiera señalar algunos aportes que esta investigación brinda al campo temático donde se inscribe, para luego proponer algunos nuevos interrogantes e inquietudes que podrían animar nuevas preguntas y líneas de investigación sobre la temática desarrollada.

Los argumentos compartidos por las entrevistadas en relación a sus críticas sobre el concepto terapias alternativas, junto a su definición del bienestar y la concepción holística, plantean la necesidad de seguir (re)pensando la categoría analítica "alternativa" para los estudios inherentes al campo *psi*. Propongo cambiar la orientación del enfoque hacia una idea de continuidad y ajuste de las prácticas de cuidado, articulando las categorías de amplitud, integración y complementariedad, que he construido desde el sustrato empírico de esta investigación. Siguiendo el criterio de irreductibilidad sugiero abordar analíticamente el espacio social de la práctica psicoterapéutica como un terreno, el cual presenta desniveles, irregularidades, relieves y texturas diversas que hacen a un todo continuo. La distinción de la práctica terapéutica no estaría dada por el tipo de técnica que se utilice. De hecho se habilita la articulación de terapias convencionales y no convencionales. Lo que resulta significativo es la idea de una práctica terapéutica que integra diversas técnicas y herramientas desde un enfoque holístico. Esta investigación brinda datos empíricos, en especial en el capítulo VI, referidos a la categoría analítica que sugiero como *práctica terapéutica holística integradora*, dejando de lado la idea de lo alternativo.

Otro aspecto que surge de esta investigación, refiere a la necesidad de avanzar sobre líneas de investigación que puedan relevar, mapear, definir y caracterizar la diversificación de la oferta y demanda terapéutica del terreno psicoterapéutico local. Si bien esta tesis aporta datos al respecto al caracterizar la práctica terapéutica integradora, resulta necesario profundizar en este aspecto.

En relación al desarrollo de las trayectorias profesionales de las entrevistadas, pienso que la marcada feminización de la profesión psicológica local

representa un interesante terreno de estudio para investigaciones que aborden y profundicen estos procesos identitarios profesionales desde la dimensión y/o enfoque de género.

Por último la dimensión de la espiritualidad resulta un aspecto interesante, el cual no fue profundizado en este trabajo de investigación. Tomé la decisión estratégica de realizar un recorte y orientar mi trabajo analítico hacia aquellos aspectos relacionados con la descripción del enfoque holístico en términos de la práctica terapéutica integradora y su articulación con el estilo de vida y los proyectos profesionales. Consideré necesario profundizar en aspectos propiamente descriptivos de la práctica integradora y su criterio pragmático y paradigmático de amplitud. Sin embargo, resulta interesante profundizar el análisis sobre la particularidad de las concepciones y prácticas espirituales en el contexto de las experiencias de integración y complementariedad terapéutica, analizando los posibles trabajos de ajuste y traducción en relación a las decisiones de cuidado de sí y búsqueda de bienestar.

Los hallazgos y conclusiones de esta investigación se basan en los datos empíricos construidos desde los relatos de las entrevistadas. Este aspecto de la investigación resulta sumamente interesante ya que la información reunida es profundamente descriptiva del fenómeno estudiado, y contiene el saber experto de las psicólogas. Sin embargo, sería interesante sumar nuevas voces y actores al análisis. En este sentido, resulta pertinente abordar nuevas líneas de investigación que puedan profundizar en algunas de las dimensiones trabajadas en esta investigación desde la perspectiva de los/as usuarios/as/ y/o pacientes. Una línea posible sería indagar sobre los motivos que los/as orientan a la elección de una terapéutica holística integradora, como así también consultarles sobre su idea de bienestar, sus expectativas con los tratamientos no convencionales y los motivos que los/as animan a realizar una consulta terapéutica. Por supuesto que resultaría sumamente interesante realizar un análisis comparativo entre pacientes y terapeutas para identificar tensiones, continuidades y discontinuidades, entre sus experiencias en torno a las prácticas holísticas integradoras.

Bibliografía

Alonso, M. y Klinar, D. (2014). *Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2013.* Memorias del VI Congreso de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXI Jornada de Investigación, 10º Encuentro de Investigadores de Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

Arfuch, L. (2002). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: results of a national study. *Jama*, 279 (19), 1548-1553.

Ayres, J. (2011). O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. En Pinheiro, R. y Gomes da Silva Jr.; A. (orgs.), *Cidadania no cuidado. O universal e o comum na integralidade das ações de saúde.* (pp. 27-44). Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO.

Bajtín, M. (1992). El estudio de las ideologías y la filosofía del lenguaje, y Planteamiento del problema del discurso ajeno. En *El marxismo y la filosofía del lenguaje* (pp. 31-40 y 155-165). Madrid: Alianza Universidad.

Bajtín, M. (1999). El problema de los géneros discursivos. En *Estética de la creación verbal* (pp. 248-293). México: Siglo Veintiuno Editores.

Bamberg, M. (2011). Who am I? Narration and its contribution to self and identity. *Theory & Psychology*, 21(1), 3-24.

Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2003). *La individualización: el individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas.* Barcelona: Paidós.

Benveniste, E. (1980). *Problemas de lingüística general*. México: Siglo Veintiuno Editores.

Bertaux, D. (1988) El enfoque biográfico: su validez metodológica y sus potencialidades. En *Cuadernos de Ciencias Sociales: Historia Oral e Historia de Vida*, nº 18, FLACSO, pp. 55-80.

Bertaux, D. (1993). Los relatos de vida en el análisis social. En Aceves Lozano, J. (Comp.) *Historia oral* (pp. 136-148). México D.F: Instituto Mora y Universidad Autónoma Metropolitana.

Boltanski, L. (2000). *El amor y la justicia como competencias: tres ensayos de sociología de la acción.* Buenos Aires: Amorrortu.

Borda, P. (2015). El cuidado de de sí y la búsqueda de bienestar en la diversificación psicoterapéutica contemporánea. *Argumentos: revista de crítica social*, (17), 121-149. http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1317/120

Borda, P. (2017). Buscando bienestar y equilibrio emocional ante los malestares cotidianos. En Freidin, B. (Editora) *El cuidado de la salud. Mandatos culturales, experiencias biográficas y prácticas cotidianas en sectores medios de Buenos Aires* (pp. 13-61). Buenos Aires, Imago Mundi

Bordes, M. (2006). El fluir de la energía en las teorías etiológicas de la enfermedad. El caso de la reflexología. *Mitológicas*, vol. XXI, Buenos Aires, CAEA, pp. 69-91.

Bordes, M. (2009). Entre el arte de curar y la profesionalización. Aportes para el estudio de la práctica médica alternativa o nueva era a partir de las trayectorias socio-ocupacionales de especialistas. *Revista de Antropología Experimental,* Nº 9, 55-73.

Bordes, M. (2010). Análisis de la construcción de la identidad terapéutica alternativa en el contexto del campo de la salud en Buenos Aires. *Sociedade e Cultura*, 12 (2): 343-354.

Bordes, M. (2012). Entre el tratamiento de la dolencia y el trabajo sobre sí. Un análisis del juego de valoraciones sobre la eficacia terapéutica en el marco de las terapias alternativas". *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, Vol. 11, N° 32, pp. 503-549.

Bordes, M. (2014). "Escuchar el cuerpo y creer en eso". Exploraciones en torno a la noción de registro de sí en el marco de las medicinas alternativas (Buenos Aires, Argentina). *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología*, N° 19, pp. 143-167.

Bordes, M. (2015). Esto de alternativo no tiene nada. La construcción de la razonabilidad del uso de una medicina no-convencional desde la perspectiva de sus usuarios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1229-1249.

Bordes, M. y Saizar, M. (2014). Espiritualidad y otros motivos de elección de terapias alternativas en Buenos Aires (Argentina). *Mitológicas*, vol. XXIX, Buenos Aires, CAEA, pp. 9-23.

Callon, M.(1995). Algunos elementos para una sociología de la traducción: la domesticación de las vieiras y los pescadores de la bahía de St. Brieue. En Iranzo, J.M. et al. (editores) *Sociología de la ciencia y la tecnología*, Madrid: CSIC.

Carozzi, M. J. (1999). La autonomía como religión: la nueva era. *Alteridades*,9(18), 19-38.

http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74791803

Carozzi, M. J. (2000). *Nueva Era y Terapias alternativas. Construyendo significados en el discurso y la interacción.* Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Católica Argentina.

Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos: de la anti-psiquiatría al post-análisis.* Barcelona: Anagrama.

Castel, R., Castel, F. y Lovell, A. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano.* Barcelona: Anagrama.

Corcuff, P. (1998). *Las nuevas sociologías. Construcciones de la realidad social*. Madrid: Alianza.

Cornejo, M. y Blázquez, M. (2013). La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. Las terapias alternativas y la constitución del ambiente holístico. *Revista de Antropología Experimental*, 13, 11- 30.

Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10 (4), 401-420.

Creswell, J. (1994). *Research Design Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Creswell, J. (1998) *Qualitative Inquiry and Research Design*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966).* Buenos Aires: Paidós.

D'Angelo, A. (7 de diciembre de 2012). *Difusión mediática de discursos bio-psi y técnicas corporales de origen oriental: Transformaciones en los procesos de salud-enfermedad-atención*. VII Jornadas de Sociología de la UNLP, La Plata, Argentina. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1814/ev.181 4.pdf

D'Angelo, A. (2015). *Estilos de vida y consumo en torno al yoga: del fitness al bienestar*. En: XI Jornadas de Sociología de la UBA. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. http://bit. ly/2n0NmRM.

Deaux, K. y Martin, D. (2003). Interpersonal Networks and Social Categories: Specifying Levels of Context in Identity Processes. *Social Psychology Quarterly*, Vol. 66 (2): 101-117.

Del Monaco, R. (2020). Empresarios de sí mismos: subjetividades en las terapias cognitivo-conductuales en Buenos Aires. En Epele, M. (comp), *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento: perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi* (pp. 175-196). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Del Monaco, R. y Epele, M.E. (Editoras) (2020). *Tecnologías y técnicas en investigaciones socio-antropológicas de la salud.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.

Denzin, N. (1989). *Interpretive biography*. Sage.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Diamant, A. (2009). *Recorridos iníciales en la construcción de la identidad profesional de los psicólogos en la Universidad de Buenos Aires de los´60*. Anuario de Investigaciones,

Volumen XVI, Tomo II (pp. 163-172). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Di Leo, P. (2017). Narrativas del yo y agencias en personas en tratamiento por consumo de drogas. En Camarotti, A. C., Jones, D. y Di Leo, (Eds.). *Entre dos mundos: abordajes religiosos y espirituales a los consumos de drogas* (pp. 211-241). Buenos Aires: Teseo.

Dubar, C. (2001). El trabajo y las identidades profesionales y personales. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo.* Año 7 (13): 5-16.

Dubar, C. (2002). *La crisis de las identidades. La interpretación de una mutación.* Barcelona: Edicions Bellaterra.

Dubet, F. y Martuccelli, D. (2000). *¿En qué sociedad vivimos?* Buenos Aires: Losada.

Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Ehrenberg, A. (2009). O sujeito cerebral. *Psicologia Clínica*, 21, 1, 187-213. Rio de Janeiro.

Emirbayer, M. y Mische, A. (1998). What Is Agency? *American Journal of Sociology*, 103 (4): 962-1023.

Epele, M. (2012). Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. *Revista Mana*, vol. 18, nº 2, pp. 247-268.

Epele, M. (2013). El tratamiento como palimpsesto. *Cuadernos de Antropología Social*, pp. 7-31.

Falcone, R. (2006). *Condiciones de inicio de la clínica psicoanalítica en Argentina (1930-1942)*. Anuario de Investigaciones, Vol. XIV, Tomo II, pág. 135-146, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Faraone, S. (1993) Desinstitucionalización. Notas para un debate sobre los procesos de transformación de las instituciones psiquiatritas asilares. *Revista Margen* (Revista de Trabajo Social). Ricardo Vergara Editores, pp. 70-80. Buenos Aires, Argentina.

Faraone, S. (1995). Políticas en salud mental. *Revista Margen* (Revista de Trabajo Social). Ricardo Vergara Editores, pp. 29-37. Buenos Aires, Argentina

Fernández, A. M. (2007). *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.

Fernández Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Foucault, M. (2008). *Historia de la Sexualidad. Tomo I La voluntad de saber.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Freidin, B. (2014). *Proyectos profesionales alternativos. Relatos biográficos de médicos que practican medicinas no convencionales.* Buenos Aires: Ediciones Imago Mundi.

Freidin, B. (Editora) (2017a) *El cuidado de la salud. Mandatos culturales, experiencias biográficas y prácticas cotidianas en sectores medios de Buenos Aires.* Buenos Aires: Imago Mundi.

Freidin, B. (2017b). La práctica de una medicina marginalizada en Argentina: el caso de los médicos homeópatas. *Trabajo y sociedad*, (29), 5-24.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?
script=sci_arttext&pid=S151468712017000200001&lng=es&tlng=es.

Freidin, B. y Abrutzky, R. (2010). *Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires (Documento de Trabajo, N°54).

Freidin, B. y Ballesteros, M. (2011). Dificultades en la conceptualización y cuantificación de la utilización de Medicinas Alternativas y Complementarias. *Medicina y Sociedad* 31, (1): 1-16.

Freidin, B. y Ballesteros, M. y Echeconea (2013) *En búsqueda del equilibrio: salud, bienestar y vida cotidiana entre seguidores del Ayurveda en Buenos Aires*. Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires (Documento de Trabajo, N° 65).

Freidin, B. y Borda, P. (2015). Identidades profesionales heterodoxas: el caso de médicas, médicos y psicólogas que integran medicinas y terapias alternativas en Argentina. *Revista Trabajo y Sociedad*, (25), 75-98.

Freud, S. (1921) Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras completas de Sigmun Freud*, volumen 19 (pp. 2563-2610), 1a ed. (especial), Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores (2013)

Freud, S. (1930). Malestar en la cultura. En *Obras completas de Sigmund Freud*, volumen 22 (pp. 3017-3067), 1a ed. (especial), Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores (2013).

Frigerio, A. (2013). Lógicas y límites de la apropiación new age: donde se detiene el sincretismo. En Renée De la Torre, Cristina Gutiérrez Zúñiga y Nahayelli Juárez Hust (coord.) *Variaciones y apropiaciones latinoamericanas del new age* (pp. 47-70). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, El Colegio De Jalisco.

Galende, E. (1983). La crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuadernos Médico Sociales*, Nro. 23, Buenos Aires, Argentina.

Gergen, K. (2006). *El yo saturado. Dilemas de la identidad en el mundo contemporáneo.* Barcelona: Páidos.

Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea.* Barcelona: Ediciones Península.

Giddens, A. (2000). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas.* Madrid: Taurus.

Giddens, A. (2011). *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.

González Rey, F. L. (2009). *Psicoterapia, subjetividad y posmodernidad. Una aproximación desde Vigotsky hacia una perspectiva histórico cultural.* Buenos Aires: Noveduc libros del Centro de Publicaciones Educativas y Materiales Didáctico.

Gorbato, V. (1994). *Los competidores del diván: el auge de las terapias alternativas en la Argentina*. Buenos Aires: Espasa Hoy.

Güelman, M. & Borda, P. (2014). Narrativas y reflexividad: los efectos biográficos del enfoque biográfico. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 4 (1). http://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/relmecs_v04n01a03

Guinsberg, E. (1994). El psicoanálisis y el malestar en la cultura neoliberal. *Subjetividad y Cultura*, 3. http://subjetividadycultura.org.mx/2013/05/el-psicoanalisis-y-el- malestar-en-la-cultura-neoliberal

Guinsberg, E. (2007). Salud Mental y subjetividad como aspectos sustantivos de la salud colectiva. En Jarrillo Soto, E.J. y Guinsberg, E. (editores) *Temas y desafíos en salud colectiva* (pp. 245-272). Buenos Aires: Editorial Lugar.

Guinsberg, E. (2010). Sujeto y Psicopatología de nuestro tiempo. *Argumentos*, 23(62), 247-260.http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187579520100001000 11&lng=es&tlng=es.

Hall, S. (2011). ¿Quién necesita identidad? En Hall, S. y Du Gay, P. (Comps.) *Cuestiones de identidad Cultural* (pp.13-39). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Heelas. P. (2008). *Spiritualities of life: New Age Romanticism and Consumptive Capitalism.* Oxford, Blackwell.

Hornstein, L. (2013). *La encrucijadas actuales del psicoanálisis: subjetividad y vida cotidiana.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

INDEC (2003). Qué es el Gran Buenos Aires?http://www.indec.gov.ar/glosario/folletoGBA.pdf

Idoyaga Molina, A. (2002) *Culturas, Enfermedades y Medicinas: Reflexiones Sobre la Atención de la Salud en Contextos Interculturales de la Argentina.* Buenos Aires, IUNA.

Idoyaga Molina, A. (2007). La clasificación de las medicinas, la atención de la salud y la articulación de factores culturales, sociales, económicos y étnicos. Itinerarios terapéuticos en contextos pluriculturales y multiétnicos de Argentina. En Idoyaga Molina (comp) *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad* (pp. 5-65). Buenos Aires: CAEA.

Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna. Terapias, emociones y la cultura de la autoayuda.* Buenos Aires: Katz Editores.

Jervis, G. (1972). Crisis de la psiquiatría y contradicciones institucionales. En Basaglia, F (Eds.) *La institución negada* (pp. 281-302). Barcelona: Barral.

Keegan, E. (2007). *Ensayos de terapia cognitiva*. Buenos Aires: EUDEBA.

Keegan, E. (2012). La salud mental en la perspectiva cognitiva conductual. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría,* XX, 52-56.

Korman, G. (2007). Complementariedad terapéutica: entre psicoterapias y terapias alternativas en Buenos Aires. En Idoyaga Molina (comp) *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*, Tomo II. Buenos Aires, CAEA IUNA.

Korman, G. (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en Argentina. *Revista Interamericana de Psicología,* 45(2), 115-122.

Korman, G., Garay, C., & Sarudiansky, M. (2008). Psicoterapia cognitiva y religión: ¿Qué debe saber un terapeuta cognitivo de la diversidad religiosa de la Capital Federal y el Conurbano Bonaerense? *Summa Psicológica* UST, 5(2), 53-62.

Korman, G. e Idoyaga Molina, A. (2010). *Cultura y Depresión. Aportes antropológicos para la conceptualización de los trastornos mentales.* Buenos Aires: Akadia Editorial.

Korman, G. y Saizar, M. (2014). *Terapia cognitiva conductual y nociones orientales*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI. Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Korman, G.; Viotti, N. y Garay, C. (2010). Orígenes y Profesionalización de la Psicoterapia Cognitiva. Algunas Reflexiones sobre la Reconfiguración del Campo PSI en Buenos Aires. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XIX, núm. 2, pp. 141-150

Kristeva, J. (1995). *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Lacan, J. (1981). La tópica de lo imaginario. *Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lacan, J. (1990). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. *Escritos 1* (86-93). México: Siglo 21.

Lasch, C. (1999). *La cultura del narcisismo*. Barcelona: Editorial Andrés Bello.

Latour, B. (1983). Give me a Laboratory and I Will Raise the World. In Knorr-Cetina, Karim y Michael Mulkay (eds.), *Science Observed: Perspectives on the Social Study of Science, Londres, Sage*, 141-170.

Latour, B. (2001). *Irréductions*. La Découverte, Paris.

Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.

Latour, B. y Woolgar, S. (1995) *La Vida en el Laboratorio: la Construcción de Los Hechos Científicos.* Madrid, Alianza Editorial.

Lebrun, J. P. (2003). *Un mundo sin límite: Ensayo para una clínica psicoanalítica de lo social.* Barcelona: Ediciones del Serbal.

Leclerc-Olive, M. (2009). Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 8, 1-39.

Lipovetsky, G. (2010). *La felicidad paradójica: ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo.* Barcelona: Anagrama.

Lodieu, M. T. y Scaglia, H. (2006). La identidad profesional del psicólogo. *Diágnosis,* (3), 55-62. Buenos Aires, PROSAM.

Lupton, D. (1996). *The imperative of Health*. London: SAGE.

Luz, M. T. (2005). Cultura contemporanea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas en Saude no Fim do Século XX, PHYSIS. *Rev. Saude Colectiva 15,* 145-176.

Marcuse, H. (1975). Libertad y agresión en la sociedad tecnológica. En *La sociedad industrial contemporánea.* México: Siglo XXI.

Martuccelli, D. (2007). *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.

Maxwell, J. A. (1996). A model for Qualitative Research Design. In *Qualitative Research Design. An Interactive Approach* (pp. 1-13). Thousand Oaks: SAGE.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 185-207.

Menéndez, E. (2009) *De sujetos, saberes, y estructuras*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Moscovici, S. (1979) *El Psicoanálisis, su imagen y su público.* Buenos Aires: Ed. Huemul.

Nardacchione, G. (2011). El conocimiento científico y el saber práctico en la sociología pragmática francesa. Reflexiones sobre la sociología de la ciencia de B. Latour y la sociología política de L. Boltanski. En *Apuntes de investigación del CECYP*, nº 19, pp. 171-182.

Nardacchione, G. y Acevedo, M. (2013). Las sociologías pragmático-pragmatistas puestas a prueba en América Latina. En *Revista Argentina de Sociología*, vol. 9-10, núm. 17-18, pp. 87-118.

Papalini, V. (2007). La literatura de autoayuda, una subjetividad del Sí-Mismo enajenado. En *La trama de la Comunicación*, N° 11, 331-342.

Papalini, V. (2010). Libros de autoayuda: Biblioterapia para la felicidad. *Athenea Digital: revista de pensamiento e investigación social*, (19), 147-169.

Papalini, V. (2013). Recetas para sobrevivir a las exigencias del neocapitalismo (o de cómo la autoayuda se volvió parte de nuestro sentido común). *Revista Nueva Sociedad*, N° 245, 163-177. http://nuso.org/revista/245/intelectuales-politica-y-poder-que-hay-de-nuevo

Papalini, V. (2014). Culturas terapéuticas: de la uniformidad a la diversidad. *Methaodos, revista de ciencias sociales*, 2(2), 212-226.

Pinheiro, R. (2007). Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a açao na construçao de prácticas eficaces de integralidade em saúde. In Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (Eds.), *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor* (pp. 15-28). Río de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO.

Pinheiro, R. (2010). Demanda por cuidado como direito humano á saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In Pinheiro, R. & Gomes da Silva Junior, A. (Eds.), *Por uma sociedade cuidadora* (pp. 17-37). Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.

Plotkin, M. (2003). *Freud en las Pampas*. Buenos Aires,: Editorial Sudamericana.

Plotkin, M. (2006). *La privatización de la educación superior y las ciencias sociales en Argentina. Un estudio de las carreras de Psicología y Economía.* Buenos Aires: CLACSO.

Ricoeur, P. (1986). La vida: un relato en busca de narrador. En *Educación y política. De la historia personal a la comunión de libertades* (pp. 45-48). Buenos Aires: Docencia.

Ricoeur, P. (1996). VI Estudio: El sí y la identidad narrativa. En *Sí mismo como otro* (pp. 138-172). México: Siglo Veintiuno Editores.

Ricoeur, P. (2004). *La memoria, la historia, el olvido*. Buenos Aires: FCE.

Rieff, P. (1996). *The Triumph of the Therapeutic*. Harmondsworth: Penguin.

Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE Editorial Universitaria.

Ross, A. (2012) *The Anthropology of Alternative Medicine*. Londres: Berg.

Rossi, L. (2006). *Publicaciones periódicas en Argentina: producción discursiva e institucionalización. Referencias a la psicología.* Anuario de Investigaciones, Vol. XIV, Tomo II (pp. 157-164), Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Saizar, M., Bordes, M. y Sarudiansky, M. (2011). *La inserción de terapias no biomédicas en los intersticios del sistema oficial de salud de la ciudad de Buenos Aires: el nuevo voluntariado terapéutico.* IX Jornadas de Sociología Capitalismo del siglo XXI, crisis y reconfiguraciones. Luces y sombras en América Latina. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Saizar, M. y Korman, G. (2012). Interactions between Alternative Therapies and Mental Health Services in Public Hospitals of Argentina. *SAGE Open*,2(3) http://sgo.sagepub.com/content/2/3/2158244012454438

Santamaría, M. L. y Marugán, A. (2000). *El ocio de la sociedad apresurada: el caso vasco.* Documentos de Estudios de Ocio, N° 10. Bilbao, Universidad de Deusto.

Sautu, R. (2003). *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Lumiere.

Sautu, R. (comp.) (2004). *El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores.* Buenos Aires: Lumiere.

Scribano, A. (2012). Sociología de los cuerpos/emociones *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, vol. 4, N° 10, 91-111.

Sissa, G. (1998). *El placer y el mal. Filosofía de la droga.* Buenos Aires: Manantial.

Sointu, E. (2006). The search for wellbeing in alternative and complementary practices. *Sociology of Health and Illness*, 28(3), 330-349.

Sointu, E. (2012). *Theorizing Complementary and Alternative Medicines: Wellbeing, Self, Gender, Class*. Nueva York: Palgrave.

Sointu, E. (2013). Complementary and alternative medicines, embodied subjectivity and experiences of healing. *Health*, 7 (5), 530-545.

Taylor, C. (2006). *Fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna.* Barcelona: Paidós.

Teisenhoffer, V. (2008). De la Nebulosa místico esotérica al circuito alternativo. En Argyriadis, Kali et al. (coords.) *Raíces en movimiento. Prácticas religiosas tradicionales en contextos translocales.* México: El colegio de Jalisco, CEMCA, IRD, CIESAS, ITESO.

Thévenot, L. (2006). *L'action au pluriel*. Paris: La Découverte.

Torricelli, F. y Leibovich de Duarte, A. (2005). *Representaciones y perfil profesional de residentes de salud mental.* XII Jornadas de Investigación, Primer Encuentro de

Investigadores en Psicología del Mercosur. Avances, nuevos desarrollos e integración regional. Anuario de Investigación, Tomo I (pp. 100-102). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) (2007). *Estrategias de investigación cualitativa.* Buenos Aires: Gedisa.

Vezzetti, H. (1985). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.

Viotti, N. (2010). El lugar de la creencia y la transformación religiosa en las clases medias de Buenos Aires. *Apuntes de Investigación* del CECYP, (18), 39-68.

Viotti, N. (2014). Revisando la psicologización de la religiosidad. *Culturas Psi*, (2), 8-25.

Zuzanek, J. (2004). Work, leisure, time-pressure and stress. In Haworth, J. T. & Veal, A. J. (Ed.) *Work and Leisur* (pp. 123-144). London: Routledge.

Glosario de psicoterapias y prácticas terapéuticas

Angeología: clasificación y sistematización de la existencia, naturaleza y funciones de los seres sobrenaturales llamados ángeles.

Aromaterapia: método curativo de algunas enfermedades que se fundamenta en los efectos producidos por los aromas en el organismo.

Arte Terapia: es una profesión basada en las aplicaciones psicoterapéuticas del proceso artístico y en la importancia de la relación entre persona usuaria y arteterapeuta. Utiliza esencialmente los medios propios de las artes visuales para promover cambios significativos y duraderos en las personas, potenciando su desarrollo y evolución como seres individuales y sociales.

Bioenergética: es un método psicoterapéutico que sugiere que un gran número de enfermedades se desarrollan por la combinación de factores físicos, mentales y energéticos. De acuerdo con sus fundamentos, el ser humano saludable es aquel que tiene una fuerza vital que circula de forma óptima por su organismo cuando la mente y el cuerpo están en total equilibrio. En efecto, y como ocurre con otras terapias similares, la bioenergética sostiene que hay un sistema de energías sutiles que influyen en el bienestar de los seres humanos. Cuando éste sufre algún tipo de alteración, la persona empieza a tener diversos malestares físicos que, por lo general, están relacionados con un mal manejo de la tensión, pensamientos autodestructivos o malos hábitos.

Chamanismo: hace referencia a un conjunto de credos y costumbres que son tradición, ésta afirma la competencia de dictaminar y de curar los padecimientos de los seres humanos y en algunas regiones también tiene la disposición de provocarlo.

A los encargados de aplicar dichas costumbres y creencias se les denomina chamanes quienes aseguran tener contacto con el mundo de los espíritus y llegando a tener una conexión especial con los mismos, lo que les permite tener diferentes capacidades como poder tener el control del tiempo, poder descifrar el significado de los sueños, tener acceso a los mundos superior e inferior, entre otras.

Chi Kung (qiqong): alude a una diversidad de técnicas habitualmente relacionadas con la medicina china tradicional, que comprenden la mente, la respiración y el ejercicio físico. El qigong se practica generalmente con objetivos orientados al mantenimiento de la salud, pero también en algunos casos, especialmente en China, se puede prescribir con objetivos terapéuticos específicos. Según las tradiciones budista y taoísta, de donde procede en gran parte, es un método para alcanzar la iluminación o budeidad.

Codificación Biológica: muestra la relación que existe entre las emociones inconscientes y su impacto en la calidad de vida de cada persona. Es decir, hay una correlación entre una emoción bloqueada o reprimida y un síntoma físico. Este acompañamiento terapéutico se basa en conocer el conflicto asociado a los síntomas. Por tanto, busca conocer el mecanismo de codificación de las enfermedades (ya sean físicas, psíquicas, comportamentales o existenciales) que manifiesta el cuerpo para liberar al individuo de la carga de estrés de los problemas vividos antes de aparecer el síntoma. Por tanto, el objetivo es acercar a la persona al punto de dolor para que descargue el estrés vivido, conozca las bases biológicas de la salud y la enfermedad, reconozca los conflictos y los exprese con el objetivo de mejorar el bienestar. Todo esto facilita y estimula el sistema inmunológico y armoniza la salud.

Constelaciones Familiares: son una herramienta terapéutica de tipo fenomenológica y transdisciplinar. Postula que las personas son capaces de percibir de forma inconsciente patrones y estructuras en las relaciones familiares y que estos

quedan memorizados, sirviendo como esquemas afectivos y cognitivos que afectan a su conducta. Se apoya en conceptos como la resonancia mórfica y el misticismo cuántico. También toma elementos de la antropología social, la teoría sistémica, psiquiatría y el psicoanálisis.

Feldenkrais: en este método el cuerpo humano es la herramienta fundamental para llevar a cabo profundos procesos evolutivos. La esencia del método se encuentra en la interacción entre series de movimientos coordinados y el aprendizaje sensomotórico individual que va desarrollando la persona a través de una profunda toma de conciencia de su propio cuerpo. La práctica habitual del método consigue mejorar la conciencia individual sobre el cuerpo mediante el movimiento y la atención consciente. Busca investigar aquellos caminos olvidados de la percepción, del pensamiento, de las emociones y del movimiento que hacen posible llevar una vida plena según el potencial individual de cada persona. Es un proceso de aprendizaje somático que se transmite en sesiones de grupo llamadas ATM (Toma de Conciencia a través del Movimiento, por sus siglas en inglés – Awareness Through Movement), o en sesiones individuales llamadas IF (Integración Funcional). El objetivo fundamental es mejorar la condición humana en todos sus campos de actuación, ya sea en el mundo del deporte, en el ámbito laboral o formativo, en la salud, o incluso la investigación científica.

Gestalt: también conocida como psicoterapia Gestalt y/o psicoterapia gestáltica, es una psicoterapia que tiene como objetivo sobreponerse a ciertos síntomas, permitir llegar a ser más completo/a y creativamente vivo/a y liberar de los bloqueos y asuntos inconclusos que disminuyen la satisfacción óptima, la autorrealización y el crecimiento. También, puede definirse como una forma existencial/experimental que enfatiza la responsabilidad personal y se enfoca en la experiencia del individuo en el momento presente, la relación entre el/la terapista y el/la paciente y el ambiente y contexto social de la vida de la persona y los ajustes que hace la gente como resultado de la situación general que le rodea.

Herbología Energética: es el estudio de las propiedades y las aplicaciones medicinales de las plantas y sus extractos aplicados a los tratamientos energéticos-corporales.

Hipnosis Clínica: la hipnosis clínica o hipnoterapia es el uso de un estado alterado de conciencia, o trance para establecer un tratamiento a un problema de salud. La hipnosis es un procedimiento durante el cual un profesional en salud sugiere un cambio en sensaciones, percepciones, pensamientos o comportamiento. El contexto hipnótico se establece generalmente mediante un procedimiento de inducción. La hipnoterapia utiliza el estado hipnótico que permite cambios en la percepción y la memoria, y un aumento importante en la respuesta a la sugerencia, para controlar muchas funciones fisiológicas que suelen ser involuntarias. La hipnosis se considera usualmente como ayuda a la psicoterapia más que un tratamiento por sí misma. Sirve para liberar el potencial, cambiar hábitos y comportamientos no deseados y encontrar soluciones a problemas y preocupaciones. La hipnoterapia se puede usar de dos maneras: como terapia sugestiva, el estado hipnótico permite responder de mejor manera a sugestiones, y como análisis, usa el estado relajado para buscar la raíz de un desorden o síntoma.

Masaje Metamórfico: dentro del mundo del masaje existen numerosas opciones. Una de ellas es el masaje metamórfico. Este tipo de masaje se da en los pies, en las manos y en la cabeza. Se realiza de manera suave y aporta relajación y liberación emocional. Este tipo de masaje parte de una visión holística del ser humano. Contempla el cuerpo, la mente y las emociones de la persona como algo imposible de separar. Debido a ello, el masaje metamórfico no se centra en un problema en concreto del individuo sino sobre todo el conjunto. Es una técnica terapéutica orientada a alcanzar equilibrio emocional y relajación física y mental.

Meditación y Relajación Respiratoria: es una técnica de relajación que ayuda a mantener el control de la situación para actuar de forma serena y equilibrada, ya que

la respiración está influenciada por el estrés de la vida diaria; la tensión en general dificulta el proceso respiratorio, los nervios provocan una respiración rápida y superficial que aumenta la ansiedad de la persona. Modificando el ritmo respiratorio se busca influir en el estado emocional; la respiración profunda y lenta promueve sensaciones de tranquilidad que pueden regular el equilibrio emocional.

Mindfullness: también llamada atención plena o conciencia plena, es una práctica basada en la meditación Vipassanā o Vipaśyanā (término budista que a menudo se traduce como perspicacia). Consiste en prestar atención desapasionada a los pensamientos, las emociones, las sensaciones corporales y al ambiente circundante, sin juzgar si son adecuados o no. La atención se enfoca en lo que se percibe, sin preocuparse por los problemas, por sus causas y consecuencias, ni buscar soluciones.

Numerología: estudio del significado oculto de los números y práctica de la adivinación asignando un número a cada letra del alfabeto y un significado especial a cada número.

Orientación Vocacional: se trata de un trabajo terapéutico preventivo cuyo objetivo es proveer los elementos necesarios para posibilitar la mejor situación de elección para cada sujeto. La orientación vocacional puede concretarse de forma individual o grupal, ya que supone actividades ligadas tanto a la exploración personal como al análisis de la realidad a través de información sobre la oferta académica y las particularidades del mercado laboral. Por lo general, los destinatarios de la orientación vocacional son los adolescentes que se encuentran próximos a la finalización de sus estudios secundarios. De todas formas, también puede estar dirigida a estudiantes universitarios, jóvenes en general y hasta a adultos insertados laboralmente.

Psicoanálisis: es un tratamiento de las enfermedades mentales que fue creado por Sigmund Freud durante el siglo XX. Freud fue médico y neurólogo y se le considera el padre del psicoanálisis. Se puede definir como una teoría de análisis clínico que analiza el inconsciente de las personas para tratar de entender comportamientos, sentimientos y formas de pensar. Además, es un método de terapia y un tratamiento. Se pueden distinguir tres elementos fundamentales en el psicoanálisis: el método para explorar los procesos mentales inconscientes de la persona, la técnica para tratar enfermedades mentales basada en el uso de la palabra y el intelecto, y las construcciones teóricas que se derivan de la aplicación de los dos puntos anteriores. El psicoanálisis parte de la base de que nuestros comportamientos, forma de expresarnos, sentimientos, recuerdos y voluntades tienen una relación directa con procesos de nuestra mente que no se regulan de forma lógica porque nacen en el inconsciente. Para aplicar el psicoanálisis se analizan elementos no conscientes de las personas como los sueños, los deseos, los miedos, las pasiones, las voluntades, los recuerdos y los traumas. Todos estos elementos forman la personalidad del individuo.

Psicodrama: fue creado por el médico-psiquiatra Jacob Levy Moreno y aplica la expresión dramática, el juego teatral, el movimiento del cuerpo, la expresión de lo simbólico y la puesta en escena de lo vivido como herramientas terapéuticas. En el psicodrama interviene el cuerpo en acción e interacción con otros. A través de la acción se van poniendo en escena el pasado, el presente o el futuro, lo vivido, lo imaginado o fantaseado, teniendo la posibilidad de vivirlo desde el aquí y el ahora, con todas las emociones y sentimientos que aparecen ante la situación que se está abordando. Concibe a la persona como un ser grupal, social, y no como un individuo aislado. De ahí la importancia que el psicodrama le da a la relación y al encuentro verdadero entre las personas.

Psicogenealogía: es el estudio del árbol genealógico con un fin eminentemente sanador y como vía de conocimiento es una herramienta que permite, a través del análisis de la historia familiar, comprender mejor las raíces transgeneracionales para

darle sentido a la vida, de forma holística y profunda. Se interesa en tres conceptos fundamentales: el origen, la transmisión y la identidad de los conflictos humanos, razón por la que se convierte en un instrumento para el diagnóstico y tratamiento en las alteraciones de la estabilidad física, emocional, social y contextual del individuo y de su entorno. Los síntomas, enfermedades o situaciones de conflicto podrían estar comprometidos con lealtades familiares del pasado.

Psicología Analítica: es una teoría de la personalidad y del pensamiento humano que tiene en cuenta el inconsciente individual y su relación con el inconsciente colectivo. En psicología analítica, los arquetipos juegan un papel clave para ayudar a las personas a entenderse a sí mismas e integrar diferentes aspectos de su personalidad. Basada principalmente en el pensamiento de Carl Jung, la psicología analítica cree en el valor del psicoanálisis como un enfoque terapéutico que ayuda a los individuos a conocerse a sí mismos y comprender su relación con un mundo más allá de ellos mismos.

Psicología Cognitiva: estudia los procesos mentales que intervienen en nuestra capacidad para razonar y pensar, asimilar nuevos conocimientos y resolver problemas. Estos procesos cognitivos son determinantes tanto del aprendizaje informal, como del escolar o académico. De ahí que gran parte de las aportaciones de la psicología a la psicopedagogía procedan de esta disciplina y de sus investigaciones.

Psicología Conductiva: se entiende por conductismo o behaviorismo (del inglés behaviour, “conducta”) a una corriente de la psicología que fija su interés en la conducta de los seres vivos, y que la comprende como un conjunto de relaciones entre estímulos y respuestas determinados. En su enfoque más clásico, abandona cualquier interés en lo intrapsíquico (como emociones, reflexiones, imaginaciones) y se centra únicamente en la conducta observable, es decir, valora lo objetivo.

Psicología Social: analiza los procesos de índole psicológica que influencian al modo en que funciona una sociedad, así como la forma en que se llevan a cabo las interacciones sociales. Desde esta perspectiva psicológica los procesos sociales son los que modulan la personalidad y las características de cada individuo. También se suele describir a la psicología social como la ciencia que inquiere acerca de los fenómenos sociales, tratando de desentrañar las leyes y principios por los que se rige la convivencia entre humanos. Así pues, esta rama de la psicología se encarga de investigar las distintas organizaciones sociales, intentando extraer patrones de conducta de las personas que conforman el grupo, sus roles y el conjunto de situaciones que modulan su comportamiento.

Psicología Transpersonal: es una perspectiva y/o encuadre psicológico que integra los aspectos espirituales y trascendentes de la experiencia humana con el marco de trabajo e investigación de la psicología moderna. El término transpersonal significa “más allá” o “a través” de lo personal, y se refiere a las experiencias, procesos y eventos que transcienden la habitual sensación de identidad, pretendiendo experimentar una realidad mayor y más significativa. Sus investigadores estudian lo que consideran los potenciales más elevados de la humanidad y del reconocimiento, comprensión y actualización de los estados modificados de consciencia, unitivos, espirituales y trascendentes. La psicología transpersonal surge tras la Psicología Humanista, que estudia el Desarrollo Personal y el Potencial Humano. Constituye una comprensión diferente del psiquismo, la salud, la enfermedad y el desarrollo personal y espiritual. Es una escuela de psicología que estudia directamente, y en profundidad, el funcionamiento del ego y la dimensión espiritual del ser humano.

Radiestesia: es la capacidad de sentir o percibir las radiaciones que provienen de todo lo existente en este mundo. Esta técnica es utilizada en términos terapéuticos para detectar, cualificar y medir todo el espectro de las radiaciones correspondientes al cosmos, es decir, animales, vegetales, minerales y seres humanos. Es la parte de la Radiónica dedicada a detectar y solucionar problemas del ser humano relacionados con energías desorganizadas.

Reflexología: es la disciplina que promueve el tratamiento de diversas afecciones a través de masajes en las manos o en los pies. De acuerdo a esta técnica, los masajes que se aplican en ciertos puntos del cuerpo provocan un reflejo en otras regiones corporales, permitiendo el alivio de un malestar. Esto quiere decir que, de acuerdo a la reflexología, se puede tratar la cefalea y la gastritis, por citar dos malestares, sin entrar en contacto con la cabeza o con el estómago. Con solo realizar masajes en los puntos adecuados de los pies o de las manos, la acción terapéutica llegará hasta la zona afectada.

Registros Akashicos: son memorias de naturaleza etéreas o energéticas de todas las manifestaciones del universo. Si bien, el término hace alusión al espacio inmaterial donde se almacenan las experiencias de un individuo, en la actualidad se han hecho famosos diversos sistemas que permitirían acceder a estas memorias con el propósito de sanar o liberar el karma, denominadas técnicas de lectura de registros akáshicos.

Regresión a vidas pasadas: es una técnica que utiliza la hipnosis o estados de consciencia alterados para recuperar lo que parecen ser recuerdos de vidas o encarnaciones pasadas. La regresión a vidas pasadas suele realizarse ya sea para encaminarse en la búsqueda de una experiencia espiritual personal o para un desarrollo psicoterapéutico.

Reiki: es un filosofía, práctica y terapia espiritual que tiene como objetivo la canalización de energía vital para la armonización de la mente, el cuerpo y el espíritu con el fin de obtener salud y equilibrio. Fue creado por el maestro japonés Mikao Usui en el año 1922, compuesto de los ideogramas rei que significa universal y ki que representa la energía vital. Los cinco principios sobre los cuales el maestro Usui funda el reiki son: vivo una vida tranquila, mantengo la paz en mi mente, agradezco que tengo vida, disfruto toda actividad que realizo y convivo en armonía con las personas que me rodean. El reiki es considerado una terapia que introduce un

aspecto más holístico a la medicina y psicología occidental para el tratamiento y cura de ciertas enfermedades y dolencias.

Sistema Milderman: es una disciplina integral que articula técnicas de expresión corporal, dramatización, juego, yoga, danza, meditación, plástica griega, pintura expresiva y liberación de la voz, en una misma cesión. Así, la persona profundiza el conocimiento de sí, expande el esquema psicofísico y aprende a expresarse y actuar desde el Ser, integrando cuerpo, emoción, mente y espíritu. Promueve el florecimiento de un Arte Consciente, Salud y Autoconocimiento. Esta disciplina holística promueve la evolución del Ser en forma integral, ya que considera en su metodología y concepción del humano, la continua interrelación cuerpo-mente-emoción-espíritu en el proceso de crecimiento. Esta práctica psicofísica integrativa es aplicada en áreas profesionales de desarrollo artístico, terapéutico, educativo y de autoconocimiento.

Sofrosis: tiene como objetivo el estudio de la consciencia y la conquista de los valores existenciales del ser. Etimológicamente significa el estudio de la consciencia en equilibrio. Es una disciplina que utiliza técnicas de relajación y de imaginación como medio para el desarrollo del bienestar psicofísico del ser. Su objetivo es aumentar los recursos personales para favorecer en la persona la consciencia de la percepción de su propio cuerpo y de su mente y mejorar la gestión de su respuesta al estrés y la relajación. Propone el desarrollo de la serenidad y una actitud constructiva ante las situaciones de estrés, utilizando ejercicios de relajación física y mental, como así también el establecimiento de una alimentación sana. Se basa en el desarrollo de actitudes optimistas para una anticipación positiva ante los proyectos de la vida. Enseña a gestionar los pensamientos y emociones negativas en pos del logro de bienestar, autoestima y seguridad en uno mismo.

Tapping: Técnica de Liberación Emocional, abreviado como EFT, (en inglés: Emotional Freedom Technique o EFT Tapping), es una forma de intervención

psicoterapéutica fundamentada en varias teorías de medicinas complementarias, incluida la acupuntura, la programación neurolingüística, la medicina energética y la terapia de campo del pensamiento. Durante una sesión típica de EFT, la persona se concentrará en un tema específico mientras realiza un golpeteo (tapping) en los "puntos finales de los meridianos de energía del cuerpo". Los ejercicios de tapping de la EFT combinan elementos de reestructuración cognitiva y técnicas de exposición con la estimulación de puntos de acupuntura. La técnica instruye a las personas a realizar un golpeteo sobre la parte superior de la cabeza, las cejas, debajo de los ojos, el lado de los ojos, el mentón, la clavícula y debajo de los brazos. Mientras se realiza tapping se recitan frases específicas que apuntan a un componente emocional de un síntoma físico.

Técnicas de Grafología: es una técnica orientada a conocer la personalidad de un individuo valiéndose del análisis de su escritura. Cada individuo tiene una forma de escribir única, con características propias y rasgos que un experto puede descifrar y darle sentido. Como una huella dactilar, la forma en la que se deslizan las letras y las palabras sobre el papel y el modo en el que se estampa una firma es intrínseco a cada persona. La grafología analiza esos trazos naturales y saca conclusiones sobre la personalidad y los comportamientos.

Técnicas de Johrei: Joh significa purificar y Rei espíritu en japonés. Johrei es el nombre que se da a la comunicación entre la energía espiritual y el despertar de la naturaleza divina, lo cual permite restaurar la condición original de salud, prosperidad y paz. Esta terapia también es una manera de crear felicidad, ya que eleva la vibración del pensamiento. En consecuencia el consultante se desconecta paulatinamente de la negatividad, generando el nacimiento de un sentimiento de pureza y deseo de cooperar con los demás. Al mismo tiempo, el espíritu se infunde en gratitud hacia la deidad por la paz experimentada.

Técnicas Energéticas con cristales, cuencos y piedras: la gemoterapia afirma que a través de lo que actualmente se conoce como gemas, cristales o minerales, se extraen no sólo numerosos nutrientes de la naturaleza, sino también energía natural que establece el flujo de energía en el cuerpo, el equilibrio físico, mental, emocional y espiritual de una persona. Además, a través del sonido producido por los cuencos de cristal se logra una resonancia, armonización y un proceso de integración que va entre la vibración interna y externa.

Terapia del Canto: es una técnica terapéutica de descubrimiento y crecimiento personal cuya herramienta fundamental es la voz aplicada al canto en un proceso terapéutico.

Terapias Florales (Bach, Australiana y Californiana): son una medicina vibracional en la que se emplean elixires extraídos de diferentes flores, con métodos que respetan la naturaleza y las cualidades vitales de los vegetales y que cuando entran en contacto con otro ser vivo potencian las cualidades positivas atribuidas a cada flor. Se basa en un abordaje terapéutico que no trata el síntoma de la enfermedad en sí, sino a la persona en su totalidad, pudiendo de esta manera llegar a la causa real de la dolencia.

Las Flores de Bach, también llamadas remedios florales de Bach o esencias florales de Bach, es la denominación genérica y comercial de un conjunto de 38 preparados artesanales a base de soluciones de brandy y agua que contienen diluciones extremas de material floral de diversas especies vegetales silvestres o naturalizadas de la región de Gales e Inglaterra. Estos preparados fueron desarrollados por Edward Bach, un homeópata inglés, en la década de 1930.

Las Flores de Bush, esencias florales de Australia, han sido elaboradas por Ian White, médico homeópata, herborista por tradición familiar de cinco generaciones y terapeuta floral, desde los años 70. Este sistema cuenta con más de 60 esencias.

Flores de California es una terapia que permite regular diferentes estados emocionales y mentales introduciendo arquetipos positivos en la persona a través de

ciertas esencias florales. Actualmente el sistema floral se compone de 103 esencias de distintas flores, aunque se considera un sistema abierto, es decir, está continuamente en aumento.

Terapias Sistémicas: el enfoque sistémico es la aplicación de la teoría general de los sistemas en cualquier disciplina: educación, organizaciones, psicoterapia, etc. Este enfoque se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad vista desde una perspectiva holística e integradora, donde lo importante son las relaciones y los componentes que a partir de ellas emergen. De ahí emerge la terapia sistémica. Por tanto, su estudio y práctica pone especial importancia en la relación y comunicación en cualquier grupo que interaccione, entendido como un sistema. Este enfoque se extiende también a las personas individuales, teniendo en cuenta los distintos sistemas que componen su contexto. Entiende los problemas desde su marco contextual y se focaliza en comprender y cambiar las dinámicas de las relaciones (familiares, laborales, etc.). Los roles y los comportamientos de las personas en estos contextos se entiende que están determinados por las reglas tácitas de ese sistema y la interacción entre sus miembros.

Visualizaciones: es una técnica que se emplea en terapia psicológica para reducir el estrés y la ansiedad y lograr que el cuerpo y la mente entren en un estado profundo de relajación. Mediante esta técnica, se conectan una serie de imágenes imaginarias con emociones positivas, las cuales deben servir para poder, posteriormente, cambiar los pensamientos negativos y conseguir un estado de bienestar óptimo. La visualización es una herramienta para conseguir un mayor control de la mente, de las emociones y del cuerpo, así como para efectuar los cambios deseados del comportamiento. Puede usarse para aliviar la tensión muscular, como técnica de concentración para controlar y eliminar el dolor, para potenciar el éxito de muchas técnicas cognitivas, para mejorar la memoria, desarrollar la confianza en uno mismo y aumentar la actitud positiva.

Yoga: es una práctica milenaria, un sistema complejo de caminos y metodologías para llegar al samadhi o integración con el todo. El yoga terapéutico, es el uso de las técnicas de yoga con fines explícitos de bienestar y salud. Es una terapia complementaria que puede acompañar en el tratamiento de patologías y desequilibrios; trabaja especialmente en la prevención de la enfermedad y en el autodescubrimiento para una vida saludable.

Anexo I - Guía de Entrevista

Pablo Borda

Proyecto de investigación, Beca Doctoral - UBACyT: Identidad profesional, pluralismo terapéutico y formas de sufrimiento en la modernidad tardía: trayectorias de psicólogas que desarrollan prácticas de integración terapéutica en el Área Metropolitana de Buenos Aires

Preguntas

1) Quisiera preguntarte por tu formación como psicoterapeuta:

¿Qué te llevo a formarte profesionalmente en el campo de la psicología?

¿Dónde estudiaste? ¿Cuál es tu formación de grado?

¿A qué edad estudiaste? ¿Cuál es tu edad actual?

¿Realizaste estudios de posgrado? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Dónde?

¿Adquiriste algún otro tipo de formación profesional?

¿Cuántos años hace que te dedicas a la práctica psicoterapéutica?

¿Por qué lugares/instituciones fuiste trabajando en tu carrera profesional?

¿Alguna vez formaste parte de alguna asociación profesional de psicólogos? ¿Cuáles?

¿Cuáles fueron los motivos para asociarte? ¿Por qué te desvinculaste?

¿Viviste experiencias personales que influyeron en tu trabajo como psicóloga/o? ¿Cuáles fueron esas experiencias? ¿Podrías hablarme de ellas?

¿En qué sentidos, estas experiencias, te fueron constituyendo/formando como terapeuta?

¿Qué es para vos “convencional” y “alternativo/complementario” en el campo de las psicoterapias?

¿Tuviste algún tipo de capacitación en tu formación profesional inicial con respecto al uso de terapias alternativas y/o complementarias?

2) Uso de terapias alternativas / práctica de integración terapéutica

¿Cómo fue tu acercamiento hacia las terapias y/o medicinas alternativas?

¿Sos usuaria de terapias alternativas? ¿Cuáles usas? ¿Desde cuándo? ¿Qué te llevo a ser usuaria?

¿Qué terapias alternativas incorporaste en el trabajo con tus pacientes?

¿Por qué?

¿Cuáles son sus ventajas y/o potencialidades terapéuticas?

¿Podes identificar puntos de inflexión (transformaciones y/o cambios) en tu trabajo como terapeuta desde que incorporaste el uso de terapias alternativas?

Ya sea en:

-tu relación con los pacientes.

-tu trabajo terapéutico.

-la imagen de vos misma/o como terapeuta.

¿Cómo describirías tu práctica terapéutica?

¿Qué podes decirme de vos misma como terapeuta? ¿Cómo te auto percibís como terapeuta?

* Integración terapéutica

Algunos terapeutas hablan de la importancia de la concepción holística de la salud: ¿qué podes decirme de esta perspectiva en relación al campo de las psicoterapias?

¿Cuáles son para vos las resistencias más comunes en tu profesión, si las hay, hacia el uso de las terapias "alternativas"?

¿Cuáles son, a tu criterio, los propósitos y/o potencialidades de complementar/integrar ambas perspectivas terapéuticas (las alternativas y las convencionales)?

¿Crees qué es posible implementar una práctica terapéutica integradora en los establecimientos de salud ? (por ej.: servicios de salud mental en hospitales, clínicas, etc.)

¿Qué pansas sobre la eficacia actual de las terapias convencionales (hegemónicas) en el tratamiento del sufrimiento psíquico?

* Espiritualidad

¿La dimensión de la espiritualidad adquiere alguna relevancia en tu práctica terapéutica?

3) Práctica terapéutica (Contexto socio-histórico contemporáneo y sufrimiento psicológico)

¿Cómo consideras vos que debería de entenderse el proceso salud-enfermedad-atención en el campo de la salud mental en lo que respecta al abordaje del sufrimiento psíquico?

¿Cómo percibís que se concibe, en líneas generales, al interior de tu disciplina?

¿Te has especializado en alguna patología especifica dentro del campo psicoterapéutico?

¿Cómo describirías el campo actual de la oferta psicoterapéutica?

¿Cuáles son, en la actualidad, los motivos más recurrentes por los cuales tus pacientes deciden solicitarte una consulta y/o iniciar un tratamiento?

Desde tu experiencia y trayectoria como terapeuta ¿Percibís cambios en los cuadros, motivos y/o padecimientos que movilizan a los pacientes a realizar la consulta con respecto a varios años atrás o en tus inicios como terapeuta?

¿Cuáles serían para vos los rasgos más característicos del sufrimiento psíquico actual?

¿Cuáles crees que serían las condiciones y causas que originan tales sufrimientos y/o desequilibrios psicoemocionales en la actualidad?

¿Cómo describirías vos un estado de equilibrio psicoemocional?

¿Cómo se podría lograr dicho equilibrio?

Anexo II - Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Sociales

Instituto de Investigaciones Gino Germani

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto Beca de Doctorado UBACyT (2013-2018)

Solicitamos su autorización para entrevistarlo/a en el marco del Proyecto de Investigación: Identidad profesional, pluralismo terapéutico y formas de sufrimiento en la modernidad tardía: trayectorias de psicólogas que desarrollan prácticas de integración terapéutica en el Área Metropolitana de Buenos Aires

Dicho proyecto corresponde a la Beca de Doctorado UBACyT 2013-2018 otorgada por la Universidad de Buenos Aires al Lic. Pablo Borda, egresado de la carrera de Sociología, siendo el mismo dirigido por la Dra. Betina Freidin, docente de la Universidad de Buenos Aires e Investigadora Adjunta del CONICET, en el Instituto de Investigación Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

El proyecto se propone conocer las experiencias y estrategias desplegadas por psicólogos/as que han incorporado el uso de terapias alternativas en su práctica profesional. Se trata de un tema muy poco estudiado en el campo de las ciencias sociales en el país y a través de su participación usted contribuirá al conocimiento de este fenómeno.

Con el fin de recabar información sobre estos temas le solicitamos autorización para realizarle una entrevista. La misma durará aproximadamente una hora y se realizará en el lugar, día, y horario de su mayor conveniencia. Asimismo, solicitamos su consentimiento para grabar digitalmente la entrevista. La información que Ud. nos brinde se tratará de manera anónima, y podrá abandonar la investigación en cualquier momento, si así usted lo considera pertinente.

Le agradecemos muy especialmente su colaboración.

Dra. Betina Freidin

freidinbetina@gmail.com

Tel.: 4542 0597

Pablo Borda

pabloborda@sion.com

Tel.: 1550418132

Firma del/la entrevistado/a

Aclaración:

Fecha de realización de la entrevista:

Anexo III - Listado de Códigos

Proyecto de investigación para Doctorado en Ciencias Sociales (FSOC-UBA)

Identidad profesional, pluralismo terapéutico y formas de sufrimiento en la modernidad tardía: trayectorias de psicólogas que desarrollan prácticas de integración terapéutica en el Área Metropolitana de Buenos Aires

Lic. Pablo Borda

Listado de códigos

1- FORMACIÓN PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA

- carrera de grado en psicología (en UBA)
- carrera de grado en psicología en otras universidades
- estudios de posgrado (formal/universitario)
- seminarios y cursos de especialización
- formación psicoanalítica freudiana
- formación psicoanalítica lacaniana
- formación psicoanalítica kleiniana
- formación en psicología cognitiva/conductismo
- formación en psicología analítica (terapia Junguiana)

- formación en Gestalt

- tiene formación convencional (no psicoanalítica) pero no la utiliza en su trabajo terapéutico

- tiene formación convencional (no psicoanalítica) y la utiliza en su trabajo terapéutico

2- MOTIVOS/EXPERIENCIAS QUE ORIENTARON SU ELECCIÓN HACIA LA CARRERA DE PSICOLOGÍA

3- VOACIÓN PROFESIONAL

4- ESPECIALIDAD PSICOTERAPEUTICA

5- OTRA FORMACIÓN PROFESIONAL

6- TRABAJOS REALIZADOS DURANTE LA CARRERA DE GRADO

7- ACTITUD DE BUSQUEDA, INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO DE MULTIPLES TÉCNICAS TERAPEUTICAS

8- FORMNACIÓN EN TERAPIAS "ALTERNATIVAS"

9- TERAPIAS ALTERNATIVAS Y ENFOQUES FIOLOSOFICOS QUE PROVARON COMO USUARIAS (e incorporaron a sus trabajos terapéuticos)

- reiki

- técnicas corporales

- orientalismo (hinduismo, budismo)

- terapias energéticas

- bioenergía

- terapia transpersonal

- Visualizaciones

- Relajación / técnicas de respiración

- meditación (silencios)

- Pasaje de Luz

- Flores de Bach

- Feldenkrais

- masaje metamórfico

- cuencos

- sofrosis

- técnicas de johrei

- reflexología

- aromaterapia

- constelaciones familiares

- grafología

- regresiones a vidas pasadas

- método Sádvico de desbloqueo de centros

10- ASTROLOGÍA

11- ESPIRITUALIDAD EN LA PRÁCTICA TERAPEUTICA

12- DESARROLLO PROFESIONAL (ESPACIOS DE TRABAJO) como psicóloga

- Consultorio privado únicamente

- Instituciones de Salud Pública

- Instituciones de Salud Privada

- Consultorio privado + Instituciones de Salud (públicas y privadas)

- Asociaciones Profesionales de Psicología (Asoc. de Psicólogos, etc.)

- Sector Privado Empresarial

- Instituciones Educativas Públicas

- Instituciones Educativas Privadas

13- POSICIONAMIENTO FRENTE AL ESPACIO DE TRABAJO

- Desagrado con el trabajo en Instituciones (tensiones interpersonales que abruman)

- Aspecto divertido del trabajo en Instituciones

- Agrado con el trabajo en consultorio privado (tranquilidad)

- la soledad como desventaja del trabajo en consultorio privado

14- RADICACIÓN EN EL EXTERIOR

- por cuestiones familiares (y dejo el ejercicio profesional psicoterapéutico)

- por estudios de especialización

- por cuestiones laborales

- por cuestiones familiares + trabajo + estudio/especialización

15- USO PERSONAL DE LA PSICOTERAPIA

- Se psicoanaliza

- No se psicoanaliza

- Se psicoanalizo en el pasado y ya no más

- recurre a una psicóloga/o alternativa/o

16- EXPERIENCIAS PERSONALES QUE LAS ACERCARON AL USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS

17- EXPERIENCIAS PERSONALES QUE RESIGNIFICARON SU PRÁCTICA TERAPÉUTICA PROFESIONAL

18- MOTIVACIONES E INTERES EN TERAPIAS ALTERNATIVAS

- elección personal motivada por sus bondades

- utilidad de las mismas basada en su experiencia personal de uso

- porque brindan apertura

- adquirir nuevas técnicas y herramientas terapéuticas

19- POTENCIALIDADES Y VENTAJAS QUE BRINDAN LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS PARA EL EJERCICIO DEL TRABAJO TERAPÉUTICO

- son efectivas

- permiten trabajar desde una ampliación del estado de conciencia

- permiten encontrar otros caminos para resolver las mismas cosas

- amplían la mirada sobre las maneras de ayudar a los pacientes

- permiten trabajar desde la emocionalidad

- permiten trabajar desde lo corporal

- permiten hacer consciente desde otro lugar que no sea el inconsciente (ensanchar el consciente en el trabajo terapéutico)

- establecer un vínculo más cercano y afectivo con el paciente

20- POSICIONAMIENTO ANTE LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICAR LA COMPLEMENTARIEDAD TERAPÉUTICA Y/O INTEGRACIÓN TERAPÉUTICA

- nada se soluciona, pero se puede vivir mejor (las terapias alternativas ayudan a esto último)

- mantengo un enfoque psicoanalítico, pero desde otro tipo de vínculo con el paciente

- tengo mi propio método, pero si el paciente lo necesita puedo ofrecer un discurso más psicoanalítico o cognitivo

- guiarse más por el sentir que por el pensar en la práctica terapéutica

- las terapias alternativas permiten acceder al inconsciente desde otro lugar

- es posible una práctica terapéutica integradora en Instituciones de Salud

- respeto y valorización por las terapias alternativas

- amplía la mirada terapéutica (abre otras posibilidades de tratamiento)

- sentirse más libre como terapeuta

- sentirse más eficaz y productiva como terapeuta

- mejora el vínculo con el paciente (vínculo más natural, más humano)

- permite contacto emocional y físico con el paciente

- permite encontrar lo que necesita cada paciente desde su situación personal

- utilizar el sentido común más que la estructura de una sesión psicoanalítica para la práctica psicoterapéutica

- trabajar con los cuerpos (físico, emocional y mental)

- trabajar de forma Holística

- trabajar desde la idea de estado de alineamiento

- trabajo en conjunto (experiencias que vas haciendo con el paciente y con vos misma)

21- VALORIZACIÓN DE LA FORMACIÓN PSICOTERAPEUTICA CONVENCIONAL

- poder realizar un buen diagnóstico

22- DIFERENCIAS ENTRE LOS ABORDAJES PSICOTERAPEUTICOS CONVENCIONALES Y LA PRÁCTICA TERAPÉUTICA INTEGRADORA

- las terapias alternativas permiten centrarse dentro de sí mismo no desde la idea y la palabra

- abordar los malestares desde la corporalidad (el psicoanálisis solo los aborda desde la cabeza y la palabra)

- valorización del uso de la sugestión en el trabajo terapéutico

- uso de la palabra pero al revés que en la técnica psicoanalítica

- las terapias alternativas permiten trabajar desde estados de consciencia alterados (pero sin fármacos)

- ubicación situacional del diálogo entre terapeuta y paciente (sin diván)

23- RESISTENCIAS/CRITICAS DE LOS COLEGAS MÁS ORTODOXOS SOBRE SU PRÁCTICA TERAPÉUTICA INTEGRADORA

- falta de seriedad

- degradación de la práctica psicoterapéutica

- perdida del encuadre convencional

24- EXPERIENCIAS DE INTEGRACIÓN TERAPÉUTICA EN INST. DE SALUD

25- OPINION SOBRE LA EFICACIA DE LAS PSICOTERAPIAS CONVENCIONALES

- su eficacia depende del paciente (algunas personas no tienen "colchón afectivo" para trabajar desde lo convencional)

- la psicoterapia cognitiva, en algunos casos, resulta efectiva

- efectividad del diagnóstico psicoanalítico

26- CONCEPCIÓN DE LA PERSONA

- somos una unidad (el sujeto como un todo)

- perspectiva holística

27- CONCEPCIÓN DEL BIENESTAR

28- IDEAS SOBRE PERSPECTIVA TERAPEUTICA HOLISTICA

29- FORMAS DE ABORDAR EL MALESTAR desde el uso de terapias alternativas

- el cuerpo vive y registra todo lo emocional

- contra la farmacologización excesiva

- existen distintas maneras de abordar las dolencias

- abordaje holístico integral

30- IDENTIDAD PROFESIONAL

31- RESIGNIFICACIÓN DE SU IDENTIDAD PROFESIONAL

32- CRACTERISTICAS DE SU ROL COMO TERAPEUTA

33- TRANSFORMACIONES DEL ROL COMO TERAPEUTA DESDE LA PRÁCTICA TERAPUETICA INTEGRADORA

34- USO DEL SENTIDO COMUN EN LA PRACTICA TERAPEUTICA

35- AUTOCONCEPCIÓN COMO TERAPEUTA

- soy un resumen de cosas, como una nueva síntesis

- mi práctica terapéutica soy yo misma

- apertura a la utilidad de técnicas alternativas

- soy desestructurada

36- AUTOPERCEPCIÓN DE SÍ MISMA (como persona)

37- TRANSFORMACIONES EN LA AUTOPERCEPCIÓN como terapeuta desde el uso de terapias alternativas

38- VINCULO TERAPEUTA-PACIENTE

39- POSICIONAMIENTO ANTE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

40- MOTIVOS (Y DOLENCIAS) DE CONSULTA MÁS RECURRENTES EN LA ACTUALIDAD

41- MOTIVOS (Y DOLENCIAS) DE CONSULTA EN EL PASADO

42- CONCEPCIÓN DEL SUFRIMIENTO ACTUAL

42- PSICOANÁLISIS