



Runa

ISSN: 0325-1217

ISSN: 1851-9628

[runa.revista@gmail.com](mailto:runa.revista@gmail.com)

Universidad de Buenos Aires

Argentina

Del Monaco, Romina

"Ir al punto", definir plazos y objetivos. Tiempos y palabras en los tratamientos cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina

Runa, vol. 40, núm. 1, 2019, Mayo-Octubre, pp. 65-82

Universidad de Buenos Aires

Argentina

DOI: <https://doi.org/10.34096/runa.v40i1.4639>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180860474005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org  
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# “Ir al punto”, definir plazos y objetivos

## Tiempos y palabras en los tratamientos cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina



Romina Del Monaco

Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correo electrónico: [rominadelmonaco@gmail.com](mailto:rominadelmonaco@gmail.com)

Recibido:  
5 de mayo de 2018  
Aceptado:  
22 de febrero de 2019

doi: [10.34096/runa.v40i1.4639](https://doi.org/10.34096/runa.v40i1.4639)

### Resumen

A partir de una investigación sobre terapias cognitivo-conductuales en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, este artículo tiene por objetivo indagar el lugar que ocupan en las narrativas de los profesionales entrevistados, las palabras de los pacientes al momento de las consultas. Desde el abordaje cognitivo-conductual se resalta el hecho de ser una psicología basada en la evidencia, directiva y focalizada en la resolución de problemas concretos en el corto/mediano plazo. Teniendo en cuenta estas particularidades, a partir de las entrevistas, se indaga en los distintos registros que los profesionales le dan al pensamiento, la palabra y el comportamiento prestando especial atención a las referencias en torno al “hablar” al momento de definir diagnósticos y tratamientos. Del análisis realizado es posible visualizar que dentro de este proceso terapéutico hay temporalidades definidas y las palabras de los pacientes tienen una función determinada puesto que se señala el hecho de “no hablar por hablar” para poder establecer y cumplir con objetivos en plazos específicos. La aproximación metodológica es cualitativa, se realizaron entrevistas a profesionales que trabajan desde el abordaje cognitivo-conductual en Buenos Aires, Argentina.

### Palabras clave

Terapias Cognitivas Conductuales; Diagnósticos; Tratamientos; Palabra; Tiempos

### “Go to the point”, define deadlines and objectives: temporalities and words in cognitive behavioural treatments in Buenos Aires, Argentina

### Abstract

Based on a research on cognitive behavioural therapies that I am doing in the Autonomous City of Buenos Aires, the objective of this work is, from the professional's point of view, to investigate the place that words of patients have

### Key words

Cognitive behavioural therapies; Diagnosis; Treatments; Temporality; Speaking

at the moment of the therapy. From the cognitive behavioural approach, the fact of being a psychology based on evidence; directive and focused on solving problems in the short/medium term is highlighted. Taking into account this particularities, the different registers given to thought, speak and behaviour are explored paying special attention to the function of speaking during the definition of diagnosis and treatment. In this therapeutic process not only there are certain temporalities that are important to comply but also it is important "not speaking for speaking". The methodological approach is qualitative; interviews were conducted with professionals working from the cognitive behavioural approach in Buenos Aires, Argentina.

## **"Ir ao de partida", definição de prazos e objetivos: tempos e palavras no tratamento cognitivo-comportamental em Buenos Aires, Argentina**

### **Resumo**

#### ***Palavras-chave***

*Terapias cognitivos-comportamentais; Diagnósticos; Tratamentos; Palavra; Tempos*

A partir de uma pesquisa sobre terapias cognitivo-comportamentais que estou realizando na Cidade Autônoma de Buenos Aires, Argentina, o objetivo deste trabalho é analisar o lugar que ocupa a palavra do paciente da consulta para aqueles profissionais entrevistados. Da abordagem cognitivo-comportamental podemos destacar o fato de ser uma psicologia baseada em evidências, diretiva e focalizada na resolução de problemas concretos a curto e médio prazo. Levando em conta tais particularidades, são estudados os diferentes registros do pensamento, assim como a palavra e o comportamento, dando-se especial atenção à função da "fala" durante a definição do diagnóstico e tratamento. Dentro desse processo terapêutico existem temporalidades definidas e a palavra do paciente tem uma determinada função, onde o fato de "não falar por falar" é destacado para poder estabelecer objetivos e cumprir determinados prazos. A abordagem metodológica é qualitativa. Foram entrevistados profissionais que trabalham a partir das abordagens cognitivo-comportamental em Buenos Aires, Argentina.

### **Introducción**

A partir de una investigación que tiene por objetivo estudiar las características del modelo cognitivo-conductual y sus formas de abordar malestares y sufrimientos en la actualidad, este trabajo, en particular, analiza el lugar que los profesionales le dan al hablar y a las palabras de los pacientes durante el proceso terapéutico.

Las terapias cognitivo-conductuales han tenido, en las últimas décadas, cada vez mayor presencia en distintos países de América Latina. En cambio, en Argentina, si bien este enfoque comenzó a desarrollarse a principios de los '80 han ocupado un lugar marginal durante muchos años tanto en lo que refiere a la educación y formación universitaria como en clínicas y hospitales públicos (Korman *et al.*, 2010).

En los últimos años, estas terapias adquieren mayor protagonismo, especialmente en Buenos Aires, y dicha expansión no se puede escindir de transformaciones sociales y económicas que acontecen y modifican no sólo los ritmos para desarrollar actividades (laborales, vinculares, educativas, etc.) sino también, las formas de abordar y actuar ante la aparición de malestares que interrumpen y alteran los modos de vida actuales. De hecho, a partir de las entrevistas realizadas a los profesionales que trabajan desde lo cognitivo conductual e investigaciones desde el campo psi que describen el surgimiento de estas psicoterapias en Argentina, es posible visualizar una articulación entre el auge de estas terapias y las características del contexto socio-cultural post 90.

En nuestro país, las modificaciones asociadas al despliegue del capitalismo neoliberal y al aumento de la flexibilización laboral (Svampa 2005) hacen que los malestares, en especial aquellos que se prolongan indefinidamente en el tiempo, dificulten e incluso pongan en peligro la continuidad laboral y, este contexto, crea las condiciones para que surjan distintas respuestas tanto desde los saberes expertos biomédicos como psi. El caso de las terapias cognitivo-conductuales es un ejemplo de ello teniendo en cuenta que las mismas ponen un acento muy especial en plantear objetivos concretos que puedan resolver, en períodos breves de tiempo, problemas que intervienen y dificultan desarrollar distintas tareas en la cotidianidad. Más aún, al caracterizar esta técnica psi, los profesionales entrevistados relacionan esta práctica con un momento histórico en el que predominan exigencias asociadas al movimiento, la velocidad y lo efímero.

Teniendo en cuenta las particularidades señaladas de estas psicoterapias, en este trabajo se analiza cómo los sentidos que los profesionales le dan al hablar y al modo de contar problemas de los pacientes durante las consultas están atravesados por características determinadas y por temporalidades específicas. Es decir, los dichos y las expresiones de quienes padecen son orientadas por los saberes expertos a formular un diagnóstico y posterior tratamiento (siguiendo algunos elementos del modelo biomédico) que apunta a la resolución de problemas, definidos desde esta perspectiva, como "reales y concretos" en plazos determinados de tiempo.

De esta forma, en el marco de las psicoterapias cognitivo-conductuales, las palabras aparecen como un puente entre lo que se piensa y se hace adquiriendo un rol central en tanto sean lo más "precisas" y "puntuales" posible. Este aspecto constituye una dimensión fundamental del proceso terapéutico que, a su vez, se diferencia de otras psicoterapias o de perspectivas con fuerte tradición y hegemonía en nuestro país como el psicoanálisis. De hecho, el psicoanálisis aparece de manera recurrente —implícitamente o no— como un interlocutor del que los entrevistados buscan diferenciarse. Por eso, si bien el objetivo de este trabajo es focalizar en la perspectiva cognitivo-conductual, resulta interesante señalar que las distinciones que los profesionales realizan sobre "las palabras puntuales" se enmarcan en un contexto determinado y buscan discutir con otros abordajes psi.

En este sentido, resultan fundamentales los aportes de la antropología médica sobre el estudio de las narrativas de los profesionales del campo de la salud (Good, 1994; Kleinman, 1994; Mattingly, 1998). En el encuentro con el paciente, los profesionales construyen su objeto de estudio a partir de una selección o recorte de lo que dicen quienes padecen que incluye un tipo de escucha y escritura determinada (Good, 1994). Más aún, siguiendo a Mattingly (1998), los distintos procesos de tratamiento requieren que en esa escucha los

profesionales razonen de un modo narrativo. No obstante, esas formas de razonar están atravesadas por las perspectivas particulares de cada disciplina que modelan e intervienen en las expresiones verbales de quienes padecen al momento de contar sus “biografías del dolor” y experiencias con el malestar (Del Monaco, 2013; 2015).

Si se tiene en cuenta cierto vacío de estudios sobre el campo cognitivo conductual desde la antropología médica y sociología de la salud que problematizan algunas de las nociones más importantes de estas terapias, sus características y su relación con las transformaciones en los modos de vida en las sociedades contemporáneas, el análisis de los modos en que estas psicoterapias abordan y modelan los relatos de los pacientes constituye un aporte central al campo de los estudios psi. Además, este estudio permite dialogar con investigaciones de relevancia que historizan y problematizan el lugar de la psicología y el psicoanálisis (Vezzetti, 1996, Galende, 1997; Visacovsky, 2002 2008; Dagfal, 2009; Plotkin, 2003 2013; Epele, 2015, Mantilla, 2015) y el estudio y la relación entre psicoanálisis y pobreza (Epele, 2016, 2017). Estas investigaciones junto con estudios desde la psicología (Keegan, 2007 2012; Korman, 2010 2011; Fernández Álvarez, 2008) permiten generar un marco conceptual de las tradiciones psi en nuestro país para problematizar el contexto en el que se inserta el abordaje cognitivo-conductual y sus interlocutores dentro de este campo.

### *Metodología*

La perspectiva teórico-metodológica del trabajo se inscribe en el dominio de las Ciencias Sociales, específicamente de la antropología de la salud, siguiendo los lineamientos de la investigación cualitativa. Se realizaron entrevistas a profesionales –psicólogos/as- que trabajan desde la perspectiva cognitivo-conductual con el fin de explorar y de indagar en algunas nociones centrales de esta disciplina. En el trabajo de campo se tuvieron en cuenta algunos de los siguientes aspectos para el posterior análisis: genealogías, fundamentos teóricos, epistemológicos y modos de producción de diagnósticos, particularidades de los tratamientos (temporalidad y duración), la relación entre profesionales/pacientes, los modelos de eficacia, concepción de sujeto que padece de acuerdo a los profesionales psi, entre otras cosas.

Se realizaron 20 entrevistas a través de la técnica de bola de nieve a profesionales (mujeres y varones, el rango etario fue de 33-75 años) con diferentes trayectorias, experiencias y antigüedad en el campo cognitivo-conductual que estuvieran ejerciendo desde este abordaje en el Área Metropolitana de Buenos Aires durante el periodo octubre de 2016-mayo de 2017. La decisión de acotar la población de estudio al AMBA, se debe a que en dicha área geográfica se encuentra la mayor cantidad de instituciones sobre terapias denominadas “cognitivas conductuales”. Las entrevistas se realizaron en consultorios e instituciones privadas (salvo en un caso que se entrevistó a una residente de psicología en un hospital público).

**Resguardos éticos:** Esta investigación se adecúa a los criterios de confidencialidad que se aplican en los estudios sobre salud, con el fin de asegurar los derechos de los/as participantes, así como también de resguardar su identidad. Las personas entrevistadas son mayores de 18 años. Para realizar el trabajo de campo, se llevó a cabo el proceso de evaluación requerido a través del comité de ética de una institución.

## Surgir en “contexto de cambios”: inicios de las terapias cognitivo-conductuales

Los inicios de las terapias cognitivo-conductuales en Argentina se remontan a principios de la década del '80 a partir de la creación de institutos privados, grupos de discusión, congresos y jornadas. Sin embargo, recién en los '90 y principios de los 2000 se observa una mayor presencia, institucionalización y difusión de estas terapéuticas (Korman et al, 2010). Hablar del surgimiento de estas psicoterapias requiere enmarcar su desarrollo en un contexto de fuerte presencia psicoanalítica que, como se podrá ver en este escrito, tiene implicancias en las narrativas de los profesionales. En numerosos casos señalan los comienzos de estas terapias a partir de la necesidad de buscar otros abordajes psi ya que, como menciona a continuación un entrevistado:

El psicoanálisis no es que estaba mal pero no siempre daba respuestas y era muy insuficiente. Entonces a partir de la realización de viajes y estancias en el exterior empezamos a tomar contacto con lo que pasaba afuera y, ahí nos dimos cuenta que esto de la hegemonía tan brutal del psicoanálisis es una cosa Argentina y, como parte de todo eso empezamos a ver que afuera estaba esto del cognitivismo, de la terapia cognitiva y parecía muy inspirador, algo nuevo (Psicólogo cognitivo-conductual, febrero de 2017).

Distintos estudios desde las ciencias sociales analizan la hegemonía psicoanalítica en Argentina a lo largo del siglo XX y documentan la flexibilidad que estas psicoterapias han demostrado en modelar —y ser modeladas— por diversos modos de sentir y dar sentido a experiencias subjetivas y sociales en las clases y élites medias y urbanas (Visacovsky, 2009; Epele, 2016). Más aún, tanto desde lo académico como desde la clínica el psicoanálisis ocupa un lugar protagónico y se enseña como la perspectiva predominante en instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas (Plotkin y Visacovsky, 2007). Sin embargo, de a poco, desde lo cognitivo-conductual se comienzan a cuestionar estos saberes y perspectivas con fuerte tradición, y se fundaron instituciones y jornadas de discusión en centros urbanos como Buenos Aires con la visita de referentes cognitivo-conductuales provenientes, en general, de Estados Unidos e Inglaterra.

A nivel mundial, los inicios de estas terapias se remontan a la década de 1960 en Estados Unidos y se relacionan con la búsqueda de abordajes alternativos al psicoanálisis y a las terapias comportamentales (predominantes en ese momento) para abordar malestares que estaban en aumento (y continúan hasta hoy) como la depresión y ansiedad. A su vez, su surgimiento no se puede escindir de una serie de transformaciones que acontecían promediando el siglo XX. En primer lugar, el desarrollo de estas psicoterapias en Estados Unidos, se da en paralelo a los estudios de la cognición, de las primeras computadoras y las analogías de estas con la mente (Keegan, 2007; Korman, 2010) que, inevitablemente, intervinieron en el despegue y la conformación de este abordaje psi.

Los desarrollos de las ciencias de la cognición a partir del estudio y búsqueda de explicaciones sobre el funcionamiento de nuestra mente se constituyeron en un campo teórico amplio que abarca distintas áreas de investigación tales como la antropología, psicología y lingüística (Pinker, 2012; Thagard, 2010). En sus inicios, planteaban un tipo de sujeto universal teniendo como objetivo decodificar las características de sus conductas a partir de conocer los esquemas de pensamiento que intervenían en ellas (restando importancia a ciertos hechos como la influencia de distintos contextos socio-económicos) (Gardner, 2011).

Si bien, en sus orígenes las psicoterapias cognitivas retoman algunos de esos elementos teóricos para pensar cómo procesos de pensamiento podían intervenir en la producción y resolución de malestares, luego, se convierten en un campo autónomo con desarrollos teóricos y empíricos en los que de a poco se combinan cada vez más las técnicas cognitivas con otras relacionadas con lo conductual. Es por eso que a pesar de su aparente homogeneidad, se trata de un campo con discusiones internas asociadas al mayor o menor protagonismo dado a ciertas herramientas terapéuticas (en algunos casos puede predominar el énfasis en los procesos cognitivos mientras que, en otros, lo conductual). Sin embargo, a pesar de su heterogeneidad interna y los diferentes modos de nombrarse (terapias de la “Segunda Ola”, “Tercera Ola”) comparten el hecho de considerarse una psicología basada en la evidencia donde las intervenciones clínicas se producen en paralelo con el desarrollo de investigaciones en laboratorios que tienen por objetivo sustentar esta práctica en estudios empíricos siguiendo el modelo de la Biomedicina y de las Ciencias Naturales.

En segundo lugar, es fundamental tener en cuenta que el abordaje cognitivo-conductual surge y se desarrolla en un momento de cambios económicos, políticos, sociales, tecnológicos que acontecen en las últimas décadas a nivel mundial. De esta forma, nociones como tiempo, espacio, lenguaje se vinculan con relaciones de poder, procesos económicos y tecnológicos que alteran modos de producción, relaciones laborales y vinculares. A modo de ejemplo, David Harvey señala como “a fines de los 70 gran parte de la resistencia a los nuevos modos de trabajo había sucumbido a las presiones del desempleo y a la imposición de nuevos ritmos de trabajo” (Harvey, 2017, p.257). Estas modificaciones, asociadas, entre otras cosas, a procesos de precarización y flexibilización laboral, intervienen en las personas y tienen consecuencias no sólo en las formas de sufrir y enfermar (Fassin, 2005) sino también en los modos de actuar desde los sistemas de salud y de resolver dichos malestares.

El contexto argentino en el que estas psicoterapias comenzaron su desarrollo y a adquirir mayor visibilidad no está exento de estos procesos. Distintos estudios señalan la década del '90 como un momento de profundos cambios sociales y económicos que derivaron en una fuerte crisis a comienzo del año 2001 (Svampa, 2005; Visacovsky, 2008). Esta situación se vio acompañada de, entre otras cosas, altos niveles de desempleo y pobreza, protesta social seguida de represión estatal y descredito de los representantes políticos (Visacovsky, 2012). Estas transformaciones repercuten en los distintos sectores sociales de manera específica y modificaron a su vez los modos de vida. En algunos casos, intervienen en el (no) acceso a determinados bienes y consumos mientras que en otros, a esa situación se le suman empleos temporales o, directamente, desocupación. Esta profundización de procesos neoliberales genera incertidumbre en distintos sectores de la población y visibiliza la aparición (o mayor presencia) de una serie de malestares asociados a la necesidad de cumplir con distintas exigencias y demandas en situaciones de alta inestabilidad/precariedad laboral.

Es en este contexto que las terapias cognitivo-conductuales adquieren mayor importancia hacia fines de los años noventa. En especial, durante los últimos diez años se incrementó la cantidad de personas que demandan este tipo de abordaje psi. De acuerdo a los profesionales entrevistados, parte de ese aumento se debe a la necesidad de los pacientes de encontrar respuestas concretas y rápidas a las exigencias de los modos de vida actuales. De todas formas, interesa resaltar que la expansión de estas terapéuticas se orienta, en su mayoría, a sectores socio-económicos medios y medios altos ya que, en

general, son psicoterapias que se encuentran en instituciones/consultorios dentro del ámbito privado de salud.

Si bien en los '60 el puntapié inicial de estas psicoterapias fue el abordaje de estados depresivos, al poco tiempo comienzan a tratar otros padecimientos que en los últimos tiempos adquieren mayor visibilidad y no se corresponden con daños orgánicos, físicos o con las nociones tradicionales de enfermedad abordadas desde la biomedicina. En cambio, son experiencias que se asocian a estados emocionales, dificultades para conseguir determinados objetivos laborales o personales y cumplir con ciertas exigencias de los modos de vida actuales que, en general, desde el campo cognitivo-conductual pasan a ser diagnosticadas —de acuerdo con el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)— como trastornos de ansiedad, depresivos, fobias, trastornos obsesivos compulsivos, etc.

Desde la perspectiva de los profesionales se habla de terapias "focalizadas", "directivas" y "breves" cuyos procesos terapéuticos incluyen determinados usos de los tiempos y de las palabras. Algunos de los ejemplos recurrentes que señalan los entrevistados y se convierten en casos paradigmáticos son: temor a viajar en avión, subte, ser mordido por un perro, no poder hablar en público, enfrentar situaciones de examen, entre otras cosas. Si bien son situaciones que se emplean como "ejemplos de problemas reales", en cada una de ellas el temor/miedo/malestar es generado por algo externo al sujeto y que es producto de sus interpretaciones erróneas. Entonces, al transmitir estos pensamientos a través de usos determinados y específicos del hablar y de las palabras, se traducen en la búsqueda de objetivos concretos que intentan regular modos de pensar y generar acciones en pos de lograr cierto estado de bienestar.

### **Definir un problema, armar un diagnóstico: lenguajes expertos y vínculo entre "iguales"**

Cada saber experto formula los cuerpos, enfermedades y modos de categorizarlas de distintas maneras que están mediadas por cuestiones culturalmente específicas. Es decir, formas de ver, escuchar y hablar que modelan problemas y traducen aspectos de la cotidianidad en posibles categorías diagnósticas. Distintos estudios desde la antropología médica prestan especial atención a la articulación entre saberes biomédicos/psi y modos de poner en palabras y utilizar el lenguaje (Kleinman, 1994; Grimberg, 2003 2010; Margulies, 2010; Epele: 2016) ya que las distintas disciplinas están atravesadas por especificidades que construyen y delimitan mundos con reglas y características particulares.

Desde el campo psi, el estudio de las relaciones entre lenguaje, modos de padecer y vida cotidiana visualiza que los distintos sentidos dados a las palabras están atravesados por abordajes teóricos determinados. A diferencia de otras corrientes previas con fuerte presencia en nuestro país como el psicoanálisis, desde lo cognitivo-conductual las palabras parecen ocupar un lugar secundario en relación a lo que se piensa y/o hace.

En dicho modelo, (como en cada disciplina o saber experto) hay lenguajes específicos a los que se hace referencia y, en este caso, a partir de los relatos de los profesionales, se identifica una búsqueda de retomar como modelo el esquema biomédico. Siguiendo el estudio de Byron J. Good (1994) sobre los modos de construcción diagnóstica en la biomedicina, es posible encontrar similitudes entre este saber experto y la perspectiva cognitivo-conductual.

Si bien desde este campo psi la realización de un diagnóstico no depende de estudios clínicos (como suele suceder en la biomedicina) sino de los relatos de los pacientes, el procedimiento y la “construcción del problema a abordar” es bastante parecido y busca asemejarse al campo biomédico.

En ambos casos, el “ir al punto” o “al grano” se convierte en una necesidad para formular un diagnóstico del cual se desprende un tratamiento. Por ejemplo, es importante que las personas lleguen a las consultas con “una situación puntual a trabajar o resolver” ya que este primer paso permitirá definir y delinear un objetivo que se aproxime de la manera más rápida a lograr resultados concretos.

Mirá, en general tenés una primera parte de evaluación del paciente y, vos lo que tenés que armar es lo que se llama conceptualización de casos. Uno de los elementos centrales de una consulta es el diagnóstico...Conceptualización lo que viene a ser es eso... es crear una teoría acerca del desarrollo de lo que está pasando en términos cognitivos conductuales para la totalidad de los problemas del paciente. Vos tenés que compartir esto con el paciente, tenés que proveer en lenguaje llano la conceptualización del caso y decirle: “Bueno, nosotros creemos que el problema es este” (Psicólogo cognitivo-conductual, enero de 2017)

Nosotros le explicamos al paciente lo que va a involucrar el tratamiento, cuánto dura, cómo se hace... Nosotros no somos el oráculo, lo que decimos al paciente es una relación entre iguales, ¿sí?, donde el paciente y el terapeuta están afectados por los mismos principios que gobierna la conducta humana... Y después en general, lo más clásico... vos aplicás un protocolo... digamos, si vos tenés un paciente con un problema simple, lo primero que hacés es psico educar sobre esto, explicar cómo se relacionan los problemas. Porque el paciente te cuenta los síntomas, pero no entiende mucho cómo se relacionan (Psicóloga cognitiva-conductual, noviembre de 2016).

Estudios que desde las ciencias sociales analizan las narrativas de profesionales en torno a la posibilidad de transmitir o no diagnósticos a los pacientes, muestran que este proceso está atravesado no sólo por diversos abordajes y perspectivas teóricas sino también por sentidos sociales que intervienen en las formas de nombrar un malestar (Mantilla y Alonso, 2015). Es decir, hay diagnósticos que están mediados por cuestiones sociales que otorgan mayor o menor legitimidad y reconocimiento a ese padecimiento y, consecuentemente, a quien padece. En el caso del abordaje cognitivo-conductual, los entrevistados resaltan la necesidad de transmitir el diagnóstico y explicar la “conceptualización del caso” a los pacientes como parte central de la estrategia terapéutica que permite comenzar un tratamiento. Para funcionar, entonces, el proceso terapéutico requiere que las personas “sepan qué tienen” y esta transmisión incluye términos específicos que, en muchos casos, provienen de disciplinas reconocidas y legitimadas por su “objetividad” como las Ciencias Naturales, la biomedicina, estadística, entre otras. Este aspecto genera un efecto dentro de la terapia que tiene que ver con darle un marco y sustento “científico”.

A pesar de retomar elementos de distintos saberes expertos donde se emplean lenguajes “especializados”, en el transcurso de la investigación fue posible identificar en los relatos de los entrevistados un elemento que, aparentemente, los separa de otros modos de intervención. Se trata de la distinción que realizan en torno a que “a diferencia de otras terapias, en lo cognitivo-conductual se plantea una relación entre iguales con el paciente porque ambos compartimos los mismos principios que gobiernan la conducta humana” (Psicólogo

cognitivo-conductual, febrero de 2017). Más aún, se resalta que "no hay un saber superior" que guíe el proceso como en otras terapias (haciendo referencia a la supuesta "desigualdad" en el vínculo entre profesional/paciente que la perspectiva cognitivo-conductual le atribuye a la corriente psicoanalítica). Según los entrevistados, durante el encuentro terapéutico tanto terapeutas como pacientes participan, discuten, intervienen en la formulación de un problema y en los modos de abordarlo.

Apelar a un vínculo entre iguales responde, entre otras cosas, a una forma de concebir a las personas como individuos autónomos que eligen y deciden sobre sí mismos (Rose y Miller, 2008). Estos modos característicos de pensar al yo como individuo acotado, asociado a procesos cognitivos, neuronales, del pensamiento es propio de nuestras sociedades occidentales modernas (Martínez Hernández, 2014) donde el centramiento en el sujeto deja de lado, en muchas ocasiones, los contextos de producción de determinadas decisiones, experiencias y, también, padecimientos. A su vez, resaltar que no existen jerarquías y que las personas que concurren a estas terapias pueden elegir y decidir omite no sólo que la producción y transmisión de un diagnóstico implica ya una relación desigual de saber, sino también, que el lenguaje que emplean los profesionales pertenece a saberes expertos que provienen del campo científico y se distancian significativamente de los saberes legos. Más allá de los casos y disciplinas particulares, en los vínculos entre profesionales/pacientes están implícitos distintos lenguajes y modos de nombrar que se enmarcan en jerarquías específicas, modos de hacer referencia y abordar experiencias de malestar. Siguiendo a Bourdieu, "los intercambios lingüísticos son también relaciones de poder simbólico en las que se actualizan las relaciones de fuerza entre los locutores y sus respectivos grupos" (Bourdieu, 2001, p.11). Las diferencias y desigualdades entre profesionales y pacientes existen y se manifiestan, por ejemplo, en las nociones empleadas por el saber experto al hacer referencia a palabras como: "evaluación", "problemas", "diagnóstico", "intervención", "tratamiento", "duración", "protocolo", "psico-educar", "síntomas", "funcionalidad con el medio", "disfuncionalidad", entre otras. Pero, la "igualdad" funciona como una herramienta de estas psicoterapias que permite crear, en un espacio de aparente equidad, las condiciones para que los profesionales guíen aquello que se dice y elijan hacerlo con palabras "apropiadas", lo que implica descartar las que no lo son tanto. Es decir, en esa relación es el profesional quien a partir de sus intervenciones configura el relato del paciente y lo transforma en un diagnóstico que lo pre-existe. Luego, una vez que ese problema es catalogado, se establecen una serie de pautas y acciones para enfrentarlo que también son dirigidas por el saber experto. Entonces, es justamente la desigualdad en ese vínculo, lo que permite cumplir con los objetivos y plazos establecidos al comienzo del tratamiento y alcanzar la "eficacia" que destacan los profesionales en estas terapéuticas.

### **"No es hablar por hablar": focalizar en el hoy y buscar las palabras precisas**

La cognición se desarrolla para aumentar la probabilidad de supervivencia, entonces... vos cuando sos chiquito tenés que desarrollar la inteligencia para detectar la regularidad del mundo. ¿Por qué? Porque si entendés cómo funciona el mundo, tu chance de sobrevivir es mucho mayor. Entonces, por ejemplo, aquellos pacientes que le tienen miedo a volar en avión tienen una serie de creencias bastante equivocadas de cómo vuelan los aviones y entonces van a tener consecuencias respecto de eso (Psicólogo cognitivo-conductual, febrero 2017).

En el curso de la investigación, los profesionales mencionan que es necesario entender “ciertas regularidades del mundo” para manejarse en la vida cotidiana. De hecho, en algunos casos, durante las entrevistas, suelen recurrir a distintos presupuestos de la filosofía antigua, por ejemplo, se remontan al estoicismo griego y citan a Epicteto, un filósofo al que se le atribuye la siguiente frase: “los hombres no sufren tanto por las cosas en sí, sino por el significado que hacen o la atribución, la interpretación que tienen de esos hechos”. El lugar dado a los modos de interpretar distintos eventos de la cotidianidad va a ocupar un rol protagónico dentro de esta perspectiva. Siguiendo con el fragimiento del profesional, hay regularidades que deben ser leídas para “entender cómo funciona el mundo y aumentar las chances de sobrevivir”. En cambio, hay otros pensamientos o creencias que al no “leer correctamente la realidad” se convierten en disfuncionales y son susceptibles de ser traducidas en comportamientos (o la imposibilidad de ellos) que pueden ocasionar sufrimiento.

Frente al lugar protagónico que parecen ocupar los procesos cognitivos en la producción de malestares, las palabras y los dichos de los pacientes cumplen otras funciones asociadas a la posibilidad de transmitir dichos pensamientos con el objetivo de formular un diagnóstico. En primer lugar, hay una escucha de parte del profesional de los síntomas/motivos de la consulta y, luego, esa información es modelada por intervenciones y preguntas del saber experto destinadas a configurar un problema con límites precisos que se traduce en un tratamiento que seguirá pasos estipulados, tiempos y acciones orientadas, entre otras cosas, a “exponerse a lo que produce malestar”.

Como parte de este proceso se resalta la importancia de que los pacientes “vayan al punto” y “no den vueltas” haciendo referencia a un tipo de uso de las palabras y del hablar en el encuentro terapéutico que visualiza una necesidad de dirigir lo que se dice y es importante porque se relaciona con el objetivo planteado.

Yo focalizo en lo que te está pasando ahora, es importante ir siempre al objetivo, a lo que vos querés trabajar en ese momento. Te vuelvo a decir, no estás 20 sesiones hablándome de lo mismo, de ninguna manera. No, y aparte no va con el estilo del terapeuta, nosotros somos mucho más activos en ese momento. Si el paciente mejora, yo le doy el alta. Por eso te decía que es una terapia activa, disruptiva, estructurada, ¿no? El paciente no viene hablar de lo que quiere... Bla, bla, bla... “No, me parece que nos estamos corriendo de foco, pará, vos viniste porque ta, ta, ta” (Psicóloga cognitiva-conductual, octubre 2016).

Una persona que está deprimida... no podés decir que hablando se le va a pasar. No se le va a pasar hablando. Porque ya lo habló todo el tiempo y desde lo cognitivo, conductual...es como que somos más objetivos. O sea, si vos venís y me decís: Estoy triste. Bueno, ¿qué te pasó? ¿Qué pensaste? ¿Qué hiciste? No es... contame. Si vos me empezás hablar de tu infancia, yo... espero a que vos desbaratás y llegues al momento en el que... en realidad fue porque... no sé... Por eso te digo que empezás a pegarte más a la medicina, porque cómo la medicina te dice cuál es la frecuencia cardiaca normal... (Psicóloga cognitiva conductual, noviembre de 2016).

Como señalan las profesionales, “el paciente no viene a hablar de lo que quiere” sino que se busca ir al “objetivo” y, también, “ser objetivos”. En estos casos, la objetividad está asociada, entre otras cosas, a una especie de “operacionalización” del motivo de consulta en variables para seguir pasos relativamente estandarizados que han sido “probados empíricamente que funcionan”.

Incluso, se habla de "terapias bastante manualizadas" porque deben cumplir y respetar protocolos y modos de abordar los tratamientos más allá de los distintos "problemas". Para eso, los profesionales dicen que ser "persuasivos" y "directivos" permite organizar la información proporcionada por los pacientes y seleccionar aquellos elementos que "sirven" para el diagnóstico de aquellos que no son necesarios. En esta selección y búsqueda de lo concreto queda poco espacio para la sorpresa, lo imprevisto y aquello que no resulta aparentemente relevante para el tratamiento.

De esta forma, en el encuentro entre profesionales y pacientes, más que el hablar lo que tiene lugar son una serie de discursos prefijados por los saberes expertos que guían el proceso terapéutico y seleccionan aquellas palabras concretas, precisas que permiten orientarse en el camino para lograr cierta "adaptación al medio" de esas otras, innecesarias a los fines de la terapia, que entran en la categoría del "hablar por hablar".

### *Interlocutores "ocultos" del modelo cognitivo conductual*

Como se mencionó en la introducción, el surgimiento de las psicoterapias cognitivo-conductuales en Argentina se da en un contexto donde el abordaje psicoanalítico es hegemónico y, la progresiva inserción cognitivo-conductual fue, durante varios años, muy lenta y marginal. Teniendo en cuenta esta tradición y hegemonía psicoanalítica, predominan tratamientos que localmente se denomina trabajar o tratar con la palabra y se caracterizan por una descripción y análisis en detalle del hablar de los pacientes (Epele, 2016). En estos casos, el proceso de construcción de una narrativa terapéutica se inicia a través de una particular atención a las palabras de los pacientes que favorece a la localización de algunos significados precisos e invita a hilvanar una historia (Mantilla, 2015, p 99).

Ante esta situación, los entrevistados resaltan distintas características del modelo cognitivo conductual que buscan diferenciarse de las corrientes psicoanalíticas. A modo de ejemplo, algunas de las frases de los profesionales refieren a que: "El paciente no viene a hablar de lo que quiere", "no te voy a tener 20 sesiones hablando de lo mismo", "no vas a estar 15 años", "no son terapias para toda la vida", "otra diferencia con los psicoanalistas, nosotros le explicamos al paciente lo que va a involucrar el tratamiento, cuánto dura, cómo se hace".

En cada una de las frases citadas al comienzo de este apartado se ponen en juego temporalidades específicas y delimitadas del proceso terapéutico que señalan que para cumplir con dichos plazos es necesario hacer un uso determinado de las palabras. Para eso, los entrevistados resaltan la importancia de intervenir y "ser activos" en el proceso terapéutico. Esto implica que "el profesional no se limita a escuchar" sino que es directivo, interviene en la "conceptualización del caso" para que los pacientes se focalicen en cuestiones "puntuales, concretas y específicas". En algunos casos se menciona que: "acá participamos los dos"; "vos tenés que compartir la conceptualización del caso con el paciente, tenés que proveer en lenguaje llano y decirle bueno, nosotros creemos que el problema es este y para que se entienda por qué vamos a intervenir sobre...". El énfasis está puesto en que son terapias donde "no es hablar del pasado" porque "acá focalizamos en el hoy, en el presente". De esta forma, el habla es casi despreciada por pertenecer (o asociar en general su uso) con otras corrientes psi como el psicoanálisis.

En cambio, las terapias cognitivas son terapias más... medianas o cortas. Yo tengo pacientes que... han venido con problemas particulares, nosotros planteamos objetivos entre los dos, tomamos un modelo hacia dónde queremos ir. Si los alcanzamos... y queremos plantearnos nuevos objetivos, podemos plantear y seguir, pero si alcanzamos los objetivos, hasta ahí se trabaja... No es el modelo antiguo del psicólogo, que el psicólogo escucha... No, acá participamos los dos, y... tengo pacientes que se han ido en 6 meses, en un año de alta... No son terapias para toda la vida (Psicólogo cognitivo conductual, octubre de 2016).

El tratamiento por lo general es un tratamiento breve, este... Breve quiere decir que dura entre 8 y 16 sesiones, más o menos, durante 3 y 6 meses... No es para decirte más o menos y pueden ser 15 años, no es... unos meses. (Psicólogo cognitivo-conductual, enero 2017).

A su vez, hay un conjunto de nociones dicotómicas a las que recurren para clasificar y describir su práctica en las que se resalta que: "acá somos más activos, es una terapia activa, disruptiva, estructurada". Bourdieu señala cómo las divisiones constitutivas del orden social se inscriben de modo progresivo en dos clases de hábitos diferentes que tienden a ser opuestos y complementarios de principios de visión y división. Cada uno de ellos se convierte en un esquema que funciona como matriz de las percepciones (de los pensamientos y de las acciones de los sujetos) que son universalmente compartidos (Bourdieu, 2007). Este tipo de esquemas de pensamiento se reproduce en diferentes ámbitos y en estas psicoterapias permite al mismo tiempo caracterizar la práctica y diferenciarse de características que los entrevistados le atribuyen a otras corrientes en las cuales el hablar tiene un lugar protagónico como el psicoanálisis. En especial, hay un conjunto de binarismos recurrentes que tienen que ver con la duración de la terapia (brevedad frente a terapias prolongadas en el tiempo), el lugar del profesional en el vínculo terapéutico (activo frente a un rol de escucha pasivo), las temáticas que se abordan (hablar del hoy para resolver problemas del presente y frente al hablar de la historia del paciente, su infancia y eventos que no hacen a los objetivos estipulados al comienzo de la terapia), entre otras cosas. En este sentido, el "hablar" durante la terapia queda, a diferencia de otros abordajes terapéuticos, reducido a la puesta en palabras y formulación de un problema concreto que debe/puede ser resuelto en determinado tiempo. A su vez, las connotaciones asociadas al "hablar por hablar" como sinónimo de perder el tiempo y de "dar vueltas" se enmarca en un contexto donde predominan una serie de sentidos socialmente aceptables que se relacionan con el "hacer frente" y "exponerse" a situaciones que pueden ocasionar dolor y sufrimiento para enfrentarlas y traspasarlas.

### **"Hacer más que decir": resolver problemas y seguir**

Entonces se le instruye para que pueda enfrentar la situación que significa que tiene que ir a un lado que tiene miedo de ir. O que suba el ascensor que tiene miedo de subir. Y para eso entonces tiene que hacer tareas entre una sesión y la otra (Psicólogo cognitivo conductual, enero de 2017).

Durante el trabajo de campo, los entrevistados señalan que "el peso de los tratamientos no está puesto solamente en la cuestión discursiva" sino que las modificaciones y los efectos terapéuticos se dan no tanto por lo que se dice sino por lo que se hace. El "hacer", "comprometerse" y "estar activos" son elementos necesarios a los que apelan los profesionales para comenzar y realizar un tratamiento. Las palabras parecen no ser tan necesarias como los

"hechos" y "las conductas" y este aspecto dice mucho del lugar del habla en este tipo de terapias o formas de aproximación al sufrimiento.

En este sentido, la posibilidad de una palabra "puntual y específica" (guiada) va a permitir cumplir con una de las variables centrales de estas psicoterapias: el tiempo. Más aún, comenzar un tratamiento y cumplir con los plazos establecidos está asociado a una idea de terapia "activa, directiva y focalizada" donde tanto profesionales como pacientes se comprometen a intervenir, discutir, actuar y "enfrentarse a los problemas". Estas inscripciones en torno a lo "activo" se repiten en otras nociones que son ubicadas en una especie de matriz dicotómica que, como se mencionó en el apartado anterior, diferencia el hoy del pasado, lo activo de lo pasivo, lo concreto de lo disperso, el hablar del hacer, entre otras cosas.

Claramente las terapias cognitivas se interesaron por los problemas reales ¿Qué se esconde detrás del síntoma?, es la pregunta del psicoanálisis. En la terapia cognitiva esa pregunta no es viable... yo no me pregunto qué se esconde detrás de la idea de suicidio. No, mi problema es... la idea de suicidio. Empezás a pensar intervenciones para el problema. Conductual y cognitivo, cualquiera de los dos, pero los dos van hacer intervenciones sobre el problema. (Psicólogo cognitivo-conductual, marzo de 2017)

Las referencias que los profesionales realizan en torno a que "en estas terapias se resuelven problemas reales" está vinculada a un modo de concebir males-tares en donde se pone el foco en cuestiones concretas que intervienen en la cotidianidad y se pueden delimitar y abordar en un plazo de tiempo determinado. Como se mencionó previamente, algunos ejemplos que mencionan son viajar en avión, subte, dar un examen, problemas con la alimentación, entre otras cosas. Es decir, se trata de cuestiones que se pueden delimitar, nombrar en algunas pocas palabras y convertir en un objetivo a trabajar. Por eso, apelar a que se trata de "terapias activas" está asociado a una idea recurrente en las sociedades actuales que permea de connotaciones moralmente positivas el hecho de "hacer frente a miedos/temores/problemas" ya que el acento está puesto en enfrentar, resolver para "adaptarse y ser funcional". De hecho, en varias oportunidades de la investigación fue posible visibilizar que los profesionales hablan de "modificar", por ejemplo, interpretaciones, creencias, comportamientos que pueden ocasionar malestar por no ser "funcionales" a la cotidianidad. Esta noción de "funcionalidad" refiere, desde este abordaje psi, a "la posibilidad de ejecutar una acción para la que se está preparado". Por ejemplo, "si alguien puede caminar pero no lo hace porque tiene agorafobia y no se anima a caminar hasta ciertos lugares está inhibiendo una función para la que está preparado y no es funcional" (Psicólogo cognitivo-conductual, febrero de 2017). Más aún, otra entrevistada agrega que:

Trastorno es cuando empezas a perder funcionalidad, o sea, si a vos te gusta peinarte 8 veces a la mañana siempre del mismo modo pero no tenes problema en el trabajo, tenés una vida afectiva normal, etc...yo no te puedo decir que dejes de peinarte de esa manera" (Psicóloga cognitivo-conductual, noviembre de 2016).

De esta forma, la distinción entre funcionalidad/disfuncionalidad es lo que, de algún modo, inicia el proceso terapéutico y se comienza a medir cuando se traban conductas y eso genera malestar.

Hay pacientes que buscan el cambio por la vía de hablar con el terapeuta y pensar que el terapeuta va a decir algo que le reestructura la vida... Eh... a lo mejor es apto

para otro tipo de terapia. En terapia cognitiva sabemos que... podemos hablar un montón... y va a servir, pero en algún momento vamos a tener que hacer algo con lo que te da miedo. Por ejemplo, una fobia simple, les tenés miedos a los perros, bueno, lo que haces es evitarlos y al evitarlos mantenes el miedo, es un círculo vicioso permanente o si un objetivo del paciente es recibirse de psicólogo y no está pudiendo porque evita los exámenes finales, porque teme la confrontación cara a cara...bueno, esa conducta es disfuncional (Psicólogo cognitivo-conductual, febrero de 2017).

Ante estas situaciones, los profesionales dicen recurrir a un conjunto de saberes (expertos y en general provenientes de otras disciplinas como las Ciencias Naturales, biología, estadística, etc.) que buscan mostrar a través de estudios basados en la evidencia o de teorías sustentadas por ciencias "objetivas" que dichos temores son infundados. Estas explicaciones intentan ser "otras miradas" sobre el problema para modificar, alterar o destruir los pensamientos "disfuncionales" previos. Por ejemplo, en los temores a viajar en avión se mencionan las bajas probabilidades de accidentes aéreos o, ante determinados trastornos alimenticios (por ejemplo, dietas muy estrictas que terminan en atracones) se remarca que, en algunos casos, se deben al desconocimiento por parte de los pacientes del "funcionamiento de la especie" en relación a ese tema.

En la mayoría de los casos, las posibilidades de encontrar otras interpretaciones a aquellas que generan malestar están dadas porque los motivos que producen esos trastornos suelen estar afuera (aviones, subtes, perros, exámenes, ascensores, alimentación, etc.). Pero, son los modos que tienen las personas de interpretar dichos objetos/situaciones los que hay que modificar.

Muy pocos pacientes, yo en 20 años que trabajo... me ha pasado muy poco que un paciente diga: "No, yo venía con la expectativa más de que charláramos de esto y se resolviera" Pero por ahora los datos de investigación no respaldan tanto eso. Que es típico de la terapia, que hay tareas entre sesiones. Y pensamos que el paciente cambia más no por lo que hace en sesión sino entre sesión como mini-experimentos, metidas de patas intencionales (Psicólogo cognitivo conductual, abril de 2017)

El foco está puesto en lo que se piensa y en lo que se hace teniendo como horizonte resolver. De hecho, las selecciones implícitas que durante el proceso terapéutico los profesionales realizan de aquellas palabras "que importan" de otras que no, va configurando distinciones en torno a los dichos "aceptables" en oposición a otros "indeseables" por no ser precisos y por apelar a distintas situaciones de la persona que no se vinculan directamente con el problema por el que se consulta. En estos casos, el hablar como puente y herramienta para formular un problema cuya resolución se concentra en el aspecto cognitivo y, especialmente, en el conductual tiende a dejar de lado que esas palabras se encuentran enmarcadas en situaciones particulares y relacionales. Más aún, por momentos se omite que estos usos de los tiempos y de las palabras, lejos de ser neutrales, se encuentran atravesados por procesos sociales, económicos, políticos, etc. Es decir, los diferentes contextos modelan formas de problematizar experiencias de sufrimiento y, también, de abordarlas que si bien responden a exigencias de las dinámicas terapéuticas las exceden ampliamente y se corresponden con momentos históricos determinados. Siguiendo a Epele, las palabras lejos de servir para intercambiar representaciones mentales privadas atravesadas por el modelo de interioridad/exterioridad, condensan historias, usos pasados y corporizan conocimientos del mundo (Epele, 2016). De este modo, responder a la pregunta por las formas de hablar y el lugar que para los profesionales cognitivo-conductuales tienen las palabras implica problematizar

el habla y dar cuenta de que las distintas formas de intervención (tanto en el campo psi como biomédico) incluyen modos de hacer hablar en los que intervienen los usos de los tiempos, de los silencios y, también de lo que resulta importante o no (de acuerdo al criterio del profesional) al momento de realizar un diagnóstico y seguir un tratamiento.

## Conclusiones

“...lo que incorporó la terapia cognitivo conductual y esto es un gran aporte a la historia de la psicoterapia, es que el peso del tratamiento no está puesto solamente en la cuestión discursiva sino también... es como que el paciente... se pone a trabajar durante todo ese tiempo, todo el tiempo” (Psicólogo cognitivo conductual, febrero de 2017)

Las terapias cognitivas conductuales se interesaron por los problemas reales, tienen una base muy concreta y yo creo que son como lo ideal para implementar en población hospitalaria... y todo eso, porque no podés quedarte 50 años a perder el tiempo... de la gente (Psicólogo cognitivo conductual, enero de 2017).

En los últimos tiempos, la velocidad, la brevedad y la capacidad de poder transmitir un mensaje (cualquiera sea) de la manera más precisa y concreta aparecen en distintos espacios sociales, laborales, vinculares como valores positivos en sí mismos. Hay frases recurrentes que tienen que ver con “no dar vueltas”, “no hablar por hablar”, “no irse por las ramas” cuya potencia parece radicar en los usos directos y precisos de las palabras. Desde el campo psi, las terapias cognitivo-conductuales surgen y adquieren mayor protagonismo en estos contextos y, de hecho, uno de sus presupuestos es “dar respuestas más rápidas a procesos de dolor y sufrimiento que alteran la cotidianeidad, no son funcionales ni permiten una adaptación al medio” (Psicóloga cognitivo-conductual, mayo de 2017).

De esta forma, a lo largo del trabajo ha sido posible visualizar cuestiones recurrentes en los relatos de los profesionales que tienen que ver no sólo con la búsqueda de resolver problemas “reales” en plazos determinados de tiempo adoptando posturas activas focalizadas en el hacer sino también, al mismo tiempo, diferenciarse de otras psicoterapias centradas en la palabra como el psicoanálisis. Ambas cuestiones se dan de manera conjunta en las narrativas de los entrevistados y están atravesadas por los modos en que se emplean las palabras y los tiempos.

Como se menciona a lo largo del escrito, el auge de estas psicoterapias se enmarca en un contexto de profundas modificaciones sociales, culturales, económicas post años '90. Estas transformaciones asociadas a procesos de precarización/flexibilización laboral, incremento de los ritmos y velocidad en distintas esferas de la vida cotidiana intervienen en la producción de males- tares y, también, en los modos de resolución de los mismos.

Como señala un profesional:

Tengo pacientes que se han ido en 6 meses, en un año de alta...no son terapias para toda la vida, después podes venir a charlar, podemos seguir trabajando y puliendo cosas pero no es el modelo antiguo...hoy la sociedad, que es una sociedad de consumo, una sociedad acelerada necesita esto, se necesita estos modelos. (Psicólogo cognitivo-conductual, mayo de 2017).

De esta forma, las exigencias de “estar bien” lo antes posible para retomar las actividades habituales aparecen como una cuestión recurrente de los entrevistados al momento de asociar estas psicoterapias con los modos de vida de las sociedades neoliberales actuales. Asimismo, los sentidos que los profesionales le dan al hablar se enmarcan en una serie de dicotomías que están mediadas, al mismo tiempo, por una búsqueda de diferenciación (más o menos explícita) con el psicoanálisis. Entonces, hablan de terapias; activas, concretas, puntuales, focalizadas, resolutivas y breves donde, el hablar, funciona como una herramienta que permite, a partir de la formulación de un objetivo que interesa abordar, resolver un malestar de la manera más rápida y específica posible. Frente a esta postura, señalan y se distancian de usos de las palabras en otras terapias cuyas connotaciones asocian a la pasividad, dispersión, a lo poco concreto. Por eso, las intervenciones “activas” de los profesionales buscan dirigir aquello que se dice (y no se dice) para establecer objetivos y delimitar un problema susceptible de ser abordado en un tiempo determinado.

Finalmente, más allá de las transformaciones económicas, sociales, vinculares que pueden intervenir en la producción y resolución de malestares, son terapias que suelen dejar de lado estos aspectos y focalizan en los sujetos como individuos activos y autónomos que buscan resolver problemas en un espacio terapéutico que, en palabras de los profesionales, “es entre iguales”. No obstante, como se analizó a lo largo del trabajo, las referencias que los entrevistados hacen a la igualdad, participación y discusión conjunta durante el proceso terapéutico esconden e invisibilizan que, en realidad, predominan esquemas o discursos prefijados de acuerdo al problema que se quiere resolver donde son los profesionales quienes guían aquello que se dice, las palabras “aceptables” de esas otras que es mejor descartar por no aportar al cumplimiento de los objetivos —también prefijados— en determinado tiempo. Más aún, la pregunta por el tipo de habla del que hablan los profesionales muestra que en este abordaje terapéutico, las palabras parecen no ser tan importantes como aquello “que se hace”.

### *Financiamiento*

Los resultados de este trabajo se enmarcan en el Proyecto UBACYT programación científica 2018 (20020170100239BA) y PIP-CONICET 2014-2016 (11220130100193CO).

### *Agradecimientos*

Quisiera agradecer al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Proyecto PIP 2014-2016 (11220130100193CO) y a la Universidad de Buenos Aires, Proyecto UBACYT programación científica 2018 (20020170100239BA) por respaldar el desarrollo de esta investigación.

### *Sobre la autora*

Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)- Docente de la carrera de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA)- Dra. en Ciencias Sociales (UBA)-Magíster en Antropología Social y Política (FLACSO)-Licenciada en Sociología (UBA)

## Referencias Bibliográficas

- » Bourdieu, P (2001). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos.* Madrid: Akal.
- » Bourdieu, P. (2007). *La dominación masculina.* Barcelona: Anagrama.
- » Dafal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966).* Buenos Aires: Paidós.
- » Del Monaco, R. (2013). Dolor crónico y narrativa: experiencias cotidianas y trayectorias de atención en el padecimiento de la migraña. *Physis. Revista de Salud Colectiva*, 23(2), 489-510.
- » Del Monaco, R. (2015). La experiencia de padecer migraña. El análisis de narrativas como estrategia metodológica para el estudio de este dolor crónico. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 9, 22-35.
- » Epele, M. (2015). Entre la Escucha y el Escuchar. Psicoanálisis, psicoterapia y pobreza urbana en Buenos Aires. *PHYSIS*, 25, 797-818.
- » Epele, M. (2016). El hablar y la palabra. Psicoterapias en los márgenes de Buenos Aires. *Revista Antípodas*, 25, 15-31.
- » Epele, M. (2017). Sobre las posiciones etnográficas en la antropología de la salud en el sur de las Américas. *Revista salud colectiva*, 13, 359-373.
- » Fassin, D. (2005). Compassion and repression: the moral economy of immigration policies in France. *Cultural Anthropology*, 20(3), 362-387.
- » Fernández Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental.* España: Desclée de Brouwer.
- » Galende, E. (1997). *De Un Horizonte Incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la Sociedad.* Buenos Aires: Paidós.
- » Gardner, H. (2011). *La nueva ciencia de la mente. Historia de la revolución cognitiva.* México: Paidós.
- » Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective.* Cambridge: Cambridge University Press.
- » Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, 79-99.
- » Grimberg, M. (comp.) (2010). *Experiencias y Narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas Antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico.* Buenos Aires, Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- » Harvey, D. (2017). *La condición de la posmodernidad: investigación sobre los orígenes del cambio cultural.* Buenos Aires: Amorrortu.
- » 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.
- » Kleinman, A. (1994). The Deligitimation and Religitimation of Local Worlds. En P. Brodwin, A. Kleinman, B. Good y M. Del Vecchio Good (Eds.). *Pain as Human experience. An anthropological perspective* (pp. 169-197). Berkeley: University of California Press.

- » Korman, G., Viotti, N. y Garay, C. (2010). Orígenes y profesionalización de la terapia cognitiva. Algunas reflexiones sobre la configuración del campo psi en Buenos Aires. *Revisita Argentina de Clínica Psicológica*, XIX(2), 141-150.
- » Korman, G. (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en Argentina. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), 115-122.
- » Mantilla, M. J (2015). Narrativas terapéuticas. Una mirada hacia las intervenciones psicoanalíticas desde una perspectiva socio-antropológica. *Cuadernos de Antropología Social*, 41, 93-108
- » Mantilla, M. J., Alonso, J. P. (2015). Transmisión del diagnóstico en psiquiatría y adscripción de identidades. *Interface-Comunica, Saude, Educacao*, 19, 21-32.
- » Margulies, S. (2010). Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. *Ensayo de antropología de la medicina. Intersecciones en Antropología*, 11, 215-225.
- » Martínez Hernández, A. (2014). La cerebralización de la aflicción. Neuronarrativas de los consumidores de antidepresivos en Cataluña. En *Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XII Congreso de Antropología de la federación de asociaciones de antropología del estado español*. Septiembre, 2014.
- » Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. Cambridge: University Press.
- » Pinker, S. (2012). *La tabla rasa. La negación moderna de la naturaleza humana*. España: Paidós.
- » Plotkin, M. (2003). *Freud en las Pampas: orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*. Buenos Aires: Sudamericana.
- » Plotkin, M. (2013). Historia y Psicoanálisis. Encuentros y desencuentros. *CulturasPsi/PsyCultures*, 1, 25-44.
- » Plotkin, M., Visacovsky, S. (2007). Saber y autoridad en las intervenciones de los psicoanalistas en torno a la crisis en la Argentina. *EIAL*, 18, 11-27.
- » Rose, N. y Miller, P. (2008). *Governing the present. Administering economic, social and personal life*. USA: Polity Press.
- » Svampa, M. (2005): *La Sociedad Excluyente. La Argentina bajo el signo del Neoliberalismo*, Buenos Aires, Taurus.
- » Thagard, P. (2010). *La mente. Introducción a las ciencias cognitivas*. Madrid: Katz Editores.
- » Vezzetti, H. (1996). *Freud en Buenos Aires*. Universidad Nacional de Quilmes.
- » Visacovsky, S. (2002). *El Lanús. Memoria y Política en la Construcción de una Tradición Psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires: Alianza Editorial.
- » Visacovsky, S. (2008). Estudios sobre “clase media” en la antropología social: una agenda para la Argentina. *Avá Revista de Antropología*, 13, 9-37.
- » Visacovsky, S. (2012). Experiencias de descenso social, percepción de fronteras sociales e identidad de clase media en la Argentina post-crisis. *Pensamiento Iberoamericano*, 10, 133-168.