

CONVERSACIONES CON USUARIOS DE SERVICIOS DE PSICOTERAPIA. UNA PERSPECTIVA DESDE EL ANÁLISIS DEL DISCURSO

Conversations with users of psychotherapy services. A discourse analysis perspective

Jonathan Andrés Segovia Varela¹

Resumen

Este artículo presenta un estudio de investigación cualitativa basado en entrevistas con tres participantes: un ex usuario de servicios de psicoterapia que también es psicólogo titulado; un usuario actual que anteriormente se mostraba reacio a participar en procesos psicoterapéuticos; y un participante cuya implicación en la psicoterapia fue no consensuada, ya que fue ingresado de manera forzada en una clínica de rehabilitación para adicciones por decisión de su familia. El estudio se estructura desde una perspectiva genealógica y emplea el análisis crítico del discurso para construir su metodología, realizar las entrevistas y analizar los resultados. Se analizan las entrevistas desde cuatro áreas semánticas generales; las expectativas del servicio, con 35 aplicaciones de categorías en las conversaciones, la relación con los discursos psi con 17 aplicaciones, la atención psi recibida con 14 aplicaciones y la adscripción al servicio psi con 11 aplicaciones. Con estos códigos de análisis se puede ilustrar cómo la historia que cada usuario comparte sobre su experiencia con el servicio psicoterapéutico influye directamente en sus expectativas, relación y adscripción a los servicios psi, siendo una condición muy importante el acceso voluntario o involuntario a estos.

Palabras clave: Servicios psicológicos, Estudios de usuarios, Investigación cualitativa, Análisis crítico del discurso, Perspectiva genealógica.

Abstract

This article presents a qualitative research study involving interviews with three participants: a former user of psychotherapy services who is also a trained psychologist; a current user who was previously reluctant to engage in psychotherapy; and a participant whose involvement in psychotherapy was non-consensual, having been forcibly admitted to an addiction rehabilitation clinic by their family. The study is structured through a genealogic perspective and considers critical discourse analysis to build its methodology, conduct the interviews and analyze the results. The interviews were examined through four overarching semantic domains: service expectations (with 35 category applications across conversations), engagement with psychological discourse (17 applications), received psychological care (14 applications), and affiliation with psychological services (11 applications). These analytical codes illustrate how each user's narrative regarding their psychotherapeutic experience directly shapes their expectations, relational dynamics, and affiliation with psychological services. A critical factor influencing these dimensions is whether access to such services was voluntary or involuntary.

Keywords: Psy Services, Users Studies, Qualitative Research, Critical Discourse Analysis, Genealogic Perspective.

* Contacto: jonathan.seg@icloud.com

¹ Psicólogo, Universidad de Guadalajara (México).



INTRODUCCIÓN

En la atención a la salud mental llevamos décadas intentando implementar un enfoque biopsicosocial, considerar, por ejemplo, que las intervenciones únicamente psiquiátricas solo abordan la dimensión “bio” de la salud mental, que las intervenciones psicológicas solo atienden la dimensión “psico”, y la asistencia social (políticas públicas, administración del desarrollo, trabajo social, etc.) lo mismo con la parte “social”. Sin embargo, este enfoque, además de no haber sido logrado en muchas latitudes, por ejemplo, en Latinoamérica cerca de un tercio de los países todavía no cuentan con una política pública nacional de salud mental y existen grandes desigualdades en las tasas de cobertura para la población entre países de ingresos altos y bajos, también se ha realizado con un enfoque mayormente biomédico, incluso en contra de las sugerencias de la OMS, a nivel internacional todavía el 67% de los recursos de salud mental se mantienen focalizados en los hospitales psiquiátricos (Leiva-Peña et al, 2021).

Por condiciones como éstas, grupos de profesionales de la salud mental están planteando discusiones y proyectos innovadores que, cuestionando los reduccionismos anteriores, nos enseñan que la salud mental no debe entenderse ni abordarse desde los cajones de ciencias desarticuladas, y que, además, los fundamentos de estos proyectos deben acentuar los aspectos experienciales, performativos y situacionales. Así lo entiende Nikolas Rose (2025) cuando explica el surgimiento de las “5E’s de la salud mental” (Embodiment, Extended, Emplaced, Experienced, Enacted).

Con este trabajo de investigación busco marcar una dirección hacia estudiar estos fenómenos lingüísticos, sociales y políticos, para respaldar con datos empíricos los argumentos en contra de los reduccionismos biomédicos. Conversando con usuarios de los servicios de psicoterapia

tematizando los diagnósticos psiquiátricos, quiénes les encausan o recomiendan tomar dicho tratamiento, cómo son sus vidas y malestares, entre otros tópicos, busco acentuar los argumentos que invitan a transitar del sistema biomédico a uno comunitario y participativo (Leiva-Peña et al, 2021). En pocas palabras, podemos y debemos involucrar a los usuarios en la construcción de las instituciones de salud mental de todos.

Durante la última década los estudios sobre usuarios han aumentado de manera exponencial, para ejemplo un metaanálisis realizado por Li et al (2022) en el que muestran que hemos pasado de menos de 150 publicaciones anuales al respecto en 1999 a más de 2,200 en el último corte que realizan en 2019. El estudio muestra evidencia de un hecho paradójico sobre el cual esta investigación circula y profundiza, ¿cómo es que, siendo una propuesta investigativa que surge desde la psicología, los proyectos con esta dirección sean significativamente menores en el área de las ciencias de la salud que los del área de ciencias de la computación y las ingenierías?

Esta investigación ofrece algunas razones que contribuyen a argumentar en favor de un incremento de investigaciones en esta área para el campo de la salud mental, a) porque es relevante ejemplificar cómo de distintos son los estudios sobre usuarios en los diferentes sectores, y b) porque aporta a la discusión sobre la situación del involucramiento de los usuarios, especialmente en la 1) construcción, 2) monitoreo y 3) evaluación de los servicios de salud mental que reciben.

Estructurada teóricamente desde el análisis sociológico de Nikolas Rose sobre el *complejo psi* (Rose, 1985) y el *complejo neuro-bio* (Rose y Abi-Rached, 2013) , además, siendo coherente con los análisis históricos y críticos de las *disciplinas psi* de Foucault (1974/2006a; 1975/2009), quien nos ha explicado la función de asistencia a la gobernabilidad por parte éstas, esta exploración se exige en el sentido del conocimiento histórico, social y político para que lo conversado y analizado

no se entienda inconexo respecto del contexto macrosocial.

De ahí que, el objetivo central de este trabajo es analizar las tensiones entre el contexto macrosocial de las prácticas *psi*, las prácticas psicoterapéuticas y las perspectivas de los usuarios de los servicios *psi*, considerando el marco del análisis del discurso y manteniendo una posición de sensibilidad y respeto a las versiones de los usuarios de los servicios *psi*.

De manera concreta me propongo los siguientes objetivos:

- Examinar cómo los discursos de la psicoterapia son integrados y transformados por los usuarios en contextos sociales específicos.
- Analizar las relaciones entre las instituciones psi y las situaciones problemáticas de los usuarios y exusuarios a partir del enfoque del análisis crítico del discurso.
- Investigar cómo los diagnósticos psi influyen en la autopercepción de los usuarios.
- Estudiar cómo los lenguajes del sufrimiento estructuran y expresan las experiencias de malestar en contextos culturales y sociales específicos.
- Analizar cómo los usuarios definen y delimitan lo psicoterapéutico a partir de sus experiencias personales y sociales.

MÉTODOLÓGIA

El diseño metodológico cualitativo de este trabajo se divide en dos partes. La recolección de datos a través de la entrevista cualitativa y el análisis de

discurso para la comprensión temática de las conversaciones y la lectura-sistematización de los datos.

Los participantes fueron seleccionados discrecionalmente, priorizando el interés en la temática del estudio, sin discriminar o filtrar por categorías como sexo, género, edad, orientación sexual o grado de estudio. Por supuesto, los criterios de inclusión central fueron a) haber sido o ser usuarios del servicio de psicoterapia y b) que ésta sea una experiencia sobre la cual pueden conversar.

En un primer momento fueron convocados a través de la red social Facebook, usando una serie de publicaciones en las que se explicaron los propósitos del estudio y la temática central de la **conversación**; “**experiencias de usuarios en sus servicios psicoterapéuticos recibidos**”; al ser contactados se les explicó el marco bioético del estudio y se firmaron las cartas de consentimiento informado, buscándose en todo momento que los participantes pudiesen negar la publicación y discusión pública de lo que aquí se comparte. En lo subsecuente fueron citados a entrevista.

Participantes

En la Tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de los participantes, los cuales fueron obtenidos a través de la conversación del estudio sin que fuera necesario aplicar una técnica de recolección sociométrica. Esto nos ayudará a comprender a los datos analizados desde un entendimiento sistémico que afirma que el testimonio personal no está incomunicado con el entorno de los participantes.

TABLA 1
Datos sociodemográficos de los participantes

Participante:	<i>K.</i>	<i>E.</i>	<i>L.</i>
Lugar de nacimiento	Guadalajara, Jalisco.	Zapopan, Jalisco	Guadalajara, Jalisco.
Lugar de residencia	Tonalá, Jalisco.	Zapopan. Jalisco.	Guadalajara, Jalisco
Estado civil	Soltera	Soltera	Soltero
Número de hijos	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Nivel de estudios	Licenciatura	Preparatoria	Egresado de Universidad
Trabajo	Encargada de recursos humanos	Operadora de producción en Marinela	Encargado de logística en el sistema BKT de MiBici
Miembros de su familia nuclear	3	5	3
Escolaridad/ Ocupación de los padres	Madre: Operadora en Paquetería Castores. Padre: Fallecido	Madre: Operadora de Producción en Marinela. Padre: Fallecido	Madre: Normal Superior/ Maestra Padre: Secundaria/ No especificado
Ingreso familiar promedio	40,000 pesos mexicanos mensuales	10,000-15,000 pesos mexicanos mensuales	25,000 pesos mexicanos mensuales
Religión	Católica	Ninguna	Ninguna

Fuente: Elaboración propia.

Instrumento

Entrevista cualitativa para la investigación del discurso

Para diseñar una entrevista cualitativa orientada al estudio del discurso (Parker, 2005), fue necesario reflexionar sobre el abordaje de los fenómenos de poder cuando el encuadre metodológico sitúa al entrevistador en un rol activo y propositivo. Esa distinción en roles e intereses desemboca en dos modelos generales de entrevista cualitativa: la centrada en la experiencia (de corte fenomenológico) y la centrada en el lenguaje (de corte analítico-discursivo). Aunque ambas se ocupan tanto del lenguaje como de la experiencia, el orden de prioridades y las intenciones del proyecto pueden jerarquizar una u otra perspectiva. Cabe señalar que muchas de estas cuestiones están

ya contempladas en la entrevista cualitativa fenomenológica (Kvale, 2011).

Una entrevista cualitativa centrada en el lenguaje orienta la conversación hacia cómo se dialogan y negocian los usos de los discursos psi por parte de usuarios y exusuarios de los servicios psi al relatar sus problemas. Este abordaje plantea dificultades específicas: intervenir en los discursos dominantes en la interacción *in situ*, ya que no son “textos terminados” (Parker, 2005), son textos en los que el entrevistador participa como interlocutor.

El problema central es la acción: durante la conversación los investigadores también construyen el texto que será la entrevista; los temas y los discursos expresados pueden reproducir o desafiar jerarquías sociales que se buscan transformar; y el entrevistador puede adoptar

posturas diversas —desde la neutralidad hasta la confrontación o la facilitación de problematizaciones— que afectan el desarrollo del relato. En este sentido, recursos terapéuticos como la externalización (White, 2007) pueden emplearse para enfrentar discursos psicopatologizantes sin anular el interés por comprender por qué esos discursos resultan útiles para las personas en sus vidas.

La evaluación situacional que realiza el entrevistador no proviene únicamente de la teoría del lenguaje o de la teoría social del discurso, sino también del entendimiento compartido del contexto de la persona, de las convenciones sociales y lingüísticas que permiten la comunicación. Este juicio informará decisiones metodológicas: cuándo indagar, cuándo reproducir términos usados por el entrevistado y cuándo introducir elementos que problematizan una designación o control social ejercido mediante el lenguaje *psí*.

Estructura de la entrevista

En cuanto a estructuras y estilos de entrevista, seguí la sistematización de Svend Brinkmann (2013) sobre entrevista semiestructurada. Éste es el formato típico de la entrevista cualitativa, que combina propósitos definidos y una línea argumental dirigida por el investigador con la apertura para captar la visión de mundo del entrevistado; permite balancear objetivos teóricos con sensibilidad a lo que el entrevistado considera relevante.

Este esquema es coherente con el objetivo investigativo. Una entrevista para investigar el discurso exige un estilo conversacional que permita observar cómo se negocian significados, identificar recursos lingüísticos que funcionan como designación o control y, cuando proceda, permite intervenir de forma reflexiva para problematizar discursos dominantes sin obviar la utilidad que los entrevistados hallan en ellos.

Las temáticas que guiaron las conversaciones se pueden observar en la Tabla 2:

TABLA 2
Esquema para la Guía de entrevista

Temas	Subtemas
Experiencia de usuario	Adscripción al servicio <i>psí</i>
	Expectativas del servicio/Imaginario clínico
	Relación del usuario con los discursos <i>psí</i>
Situación clínica/ Relato del problema	Problemas y malestares expuestos
	Lenguajes del sufrimiento
	Negociación de los problemas y malestares a intervenir (entre los entrevistados y sus clínicos)
Identidad psicopatológica	Etiquetado <i>psí</i>
	Relación del usuario con el etiquetado <i>psí</i>
	Sanción moral del lenguaje <i>psí</i>
Contexto del usuario	Vida cotidiana y malestares referidos
	Vida cotidiana e intervención clínica
	Contexto sociopolítico del usuario

Fuente: Elaboración propia.

Dichas temáticas indagan en los siguientes aspectos:

Experiencia de usuario. Con esto busqué comprender qué es un usuario de psicoterapia, cómo se “es” un usuario de psicoterapia, qué expectativas existen del servicio psicoterapéutico, qué valoraciones se hacen de la experiencia de ser un usuario, como se argumenta a favor y/o en contra del servicio de psicoterapia desde las voces de usuarios y exusuarios.

Por eso las conversaciones comienzan con un relato inicial de la suscripción al servicio psicoterapéutico por parte de las personas participantes, esto es, 1) ¿quién o quiénes sugieren asistir a psicoterapia?, en caso de tomar la decisión de manera personal 2) ¿por qué medio/s se enteró la persona de la existencia de la psicoterapia?, me interesó saber 3) ¿cuál fue el problema o malestar en cuestión que valoraron como posibles usuarios (los usuarios o quienes sugirieron el servicio de psicoterapia)?, y si, 4) ¿además de la psicoterapia habían considerado otra forma de ocuparse de tu problema/malestar?

Posterior a esto pregunté por las expectativas que tienen los usuarios, 5) ¿qué piensan que es la psicoterapia; para qué sirve, cómo funciona?, así como las interrogantes y curiosidades que tenían o tienen sobre la psicoterapia, también buscamos entender 6) ¿qué hace un usuario en psicoterapia? y su pregunta obligada 7) ¿qué hace un psicoterapeuta en psicoterapia?, a través de una descripción desde cómo lo entienden los usuarios, además, 8) ¿cómo evaluarían su experiencia de usuarios; en función de qué?

Por último, teniendo un repaso general de lo que significa la psicoterapia para los usuarios les pregunté 9) ¿cuáles son los argumentos que justifican al servicio de psicoterapia y cuales le desafían?

Situación clínica / Relato del malestar-problema de los usuarios. Sobre esta temática me interesó conocer la experiencia de los malestares y problemas de los usuarios, esto es; ¿qué miedos, preocupaciones, pendientes, sensaciones desagradables, dudas, curiosidades, etc., son reconocidos por los usuarios y ex usuarios como motivos de consulta?, esto es relevante de distintas maneras, una de ellas es para comprender el carácter particular de problemas y malestares que tradicionalmente son expuestos en manuales con un lenguaje técnico (en los que se describen síntomas, ej. DSM), también, porque permite analizar la forma de expresión de los usuarios y ex usuarios de sus motivos de consulta, esto es, ¿qué discursos se prefieren para exponer los problemas y malestares personales?

Siguiendo a Dreier (2008) partí de que en la estructura de la intervención clínica existen al menos dos niveles de interpretación de los problemas y malestares de los usuarios; 1) lo que los usuarios exponen como motivo de consulta y 2) lo que el marco conceptual del clínico ordena como diagnóstico para el plan de intervención. Por esto me propuse conocer las conformidades e inconformidades de los usuarios respecto a los temas elegidos para la conversación terapéutica, es decir, ¿se conversaba en sesión sobre el problema o malestar expuesto?, ¿se agregaban o desecharan temas de conversación?, ¿qué agente agrega o desecha temas: usuario/clínico?, ¿participabas en el proceso, podías agregar o desechar temas de conversación?, ¿qué valoraciones hace el usuario de los temas de conversación agregados o desechados?

Identidad Psicopatológica. Un aspecto central de la experiencia de usuario de un servicio *psi* es el fenómeno identitario, esto es, las maneras en las que el autoconocimiento y la autopresentación se relacionan con las categorías de uso psicoterapéutico y psiquiátrico, Parker y otros (1995) consideran que fenómenos como la <identidad> o el <yo> surgen a partir de las redes y

los marcos de significación social, en la situación de los servicios *psi* el diagnóstico clínico y el tratamiento a un usuario son elementos del discurso *psi* con los que los usuarios dialogan su autoconocimiento y autopresentación, por esto en este apartado me concentré en lo que Parker señala como *identidad psicopatológica*.

De inicio tuve que distinguir entre distintas aproximaciones hacia los usuarios y como en algunos casos se trabaja la psicoterapia con perspectiva psicopatológica de manera explícita y como en otros acercamientos se rechaza el marco psiquiátrico tradicional, mi primera curiosidad fue 1) si en su experiencia como usuarios de una disciplina *psi* las personas recibieron un diagnóstico clínico (¿Recuerdas si el profesional *psi* nombró a tu problema/malestar de una forma Particular?)

Sobre la situación/problema discutido en psicoterapia 10) ¿el usuario/exusuario se preguntó si eras malo o mala? (concretar, usuario por usuario), en caso de que sí 11) ¿a quién/es se la profesional *psi* acude para ocuparte de una situación como esta?

Contexto del usuario. Esta temática la consideramos transversal a las anteriores, la forma de exposición personal es distinta al lenguaje técnico de los manuales clínicos, en la exposición personal de nuestras experiencias incluimos las relaciones que mantenemos con otras y otros; parentescos, amistades, relaciones laborales y/o relaciones afectivas entre otras, así que entendemos que en el desarrollo de distintas sub-temáticas que no directamente indaguen sobre el entorno relacional de los usuarios se hablará sobre dichas relaciones e interacciones cuando sea significativo para los usuarios/ex usuarios.

RESULTADOS

Para la presentación de nuestros resultados agregaré antes una breve sinopsis de las conversaciones para que se pueda seguir la interpretación de los

fragmentos teniendo un fondo introductorio de las conversaciones en cuestión.

K, mujer, 27 años, Licenciada en Psicología y usuaria de los servicios de psiquiatría y psicoterapia.

K es una joven de 27 años que estudió la carrera de Psicología, está estrechamente relacionada con la psicoterapia, tanto en la posición de profesional que la práctica como en la posición de usuaria. Desde muy temprana edad, en la secundaria, tuvo sus primeras interacciones con profesionales de la psicología. *K* comparte que entendió desde la adolescencia que la manera en la que vivía sus problemas, malestares y sufrimientos requería un abordaje profesional por lo que se interesó por los servicios de psiquiatría y psicoterapia. En los distintos servicios *psi* que ha recibido ha escuchado y aceptado varias etiquetas y diagnósticos *psi*; “trastorno límite de la personalidad”, “depresión”, “ansiedad” y “personalidad neurótica” son las designaciones más formales pero los encuadres clínicos que ha recibido y entendido van más allá que las categorías de manual. En nuestras conversaciones con *K* podemos entender cómo acompañan los servicios *psi* a los problemas expresados por *K*, a veces en conformidad, a veces desde juicios clínicos que son denunciados como “poco profesionales” y “poco empáticos”. El entendimiento de *K* sobre estas cuestiones es uno mayoritariamente técnico y nos ilustra cómo se puede “leer” el sufrimiento a través de los textos de la psicología.

E, mujer, 20 años, usuaria del servicio de psicoterapia.

E es una mujer joven que confiesa ser una escéptica convertida de la psicología y la psicoterapia. En sus primeros encuentros con psicólogos *E* sintió que eran personas que hacían juicios morales sobre los demás sin preocuparse auténticamente por su sufrimiento, ella parte de este entendimiento porque durante su adolescencia fue cuestionada sobre su orientación sexual y sintió que los

profesionales *psi* que conoció buscaban “corregir” su deseo de afecto dirigido hacia otras mujeres para encausarlo al curso “normal”, es decir, hacia los hombres. Ésta y otras experiencias son recuperadas y denunciadas por *E* como heteropatriarcales y machistas. Es decir, *E* pone en práctica su capacidad de discernimiento y juicio político durante las conversaciones. Además, comparte que después de una experiencia agradable de un servicio *psi* ha revalorado a los profesionales *psi* y los considera como una alternativa útil para asistirle en momentos de crisis, también ha empezado a familiarizarse con el lenguaje *psi*; “ansiedad”, “depresión” y “narcisismo” son algunos de los nuevos términos adquiridos. Por lo anterior, encontramos en las conversaciones con *E* una comunicación entre las formas políticas de entender el sufrimiento y las formas clínicas de la psicoterapia.

L, hombre, 30 años, usuario involuntario de los servicios de psicoterapia y rehabilitación de adicciones.

L es un joven adulto que no tuvo relación con los servicios *psi* hasta que lo internaron en un centro de rehabilitación para adicciones en contra de su voluntad, debido a esto su relato sobre sus

expectativas del servicio o su juicio sobre sus malestares, problemas o sufrimientos no encajan en la idea común que nos hacemos de un usuario de estos servicios. Sin embargo, la conversación muestra que la lógica del internamiento y de las intervenciones sobre los cuerpos de los internados siguen una forma técnica cuyo origen podemos asociar a los discursos *psi*. Dentro de lo compartido podemos entender los malestares y sufrimientos causados por el internamiento involuntario, a través de las denuncias explícitamente políticas de *L*.

Conjuntos significantes

Procederé a mostrar la información analizada utilizando el recurso conceptual de los *conjuntos significantes*, ya que, según Greimas (1971), estos nos ayudan a entender las jerarquías entre los campos semánticos de los textos. Esta misma lógica se puede seguir en la guía temática que propuse para la entrevista, expuesta en la tabla 2. En el caso de los objetos textuales analizados no coinciden todas las agrupaciones de manera nítida con la guía temática, principalmente por motivos de claridad y pedagogía de la exposición de resultados, a excepción del *conjunto signifiante* que muestro en la Tabla 3:

TABLA 3

Códigos aplicados dentro del conjunto Experiencia de usuario

Conjunto signifiante	Código	Número de veces aplicado
Experiencia de usuario	Expectativas del servicio	35
	Relación con los discursos <i>psi</i>	17
	Atención <i>psi</i> recibida	14
	Adscripción al servicio <i>psi</i>	11

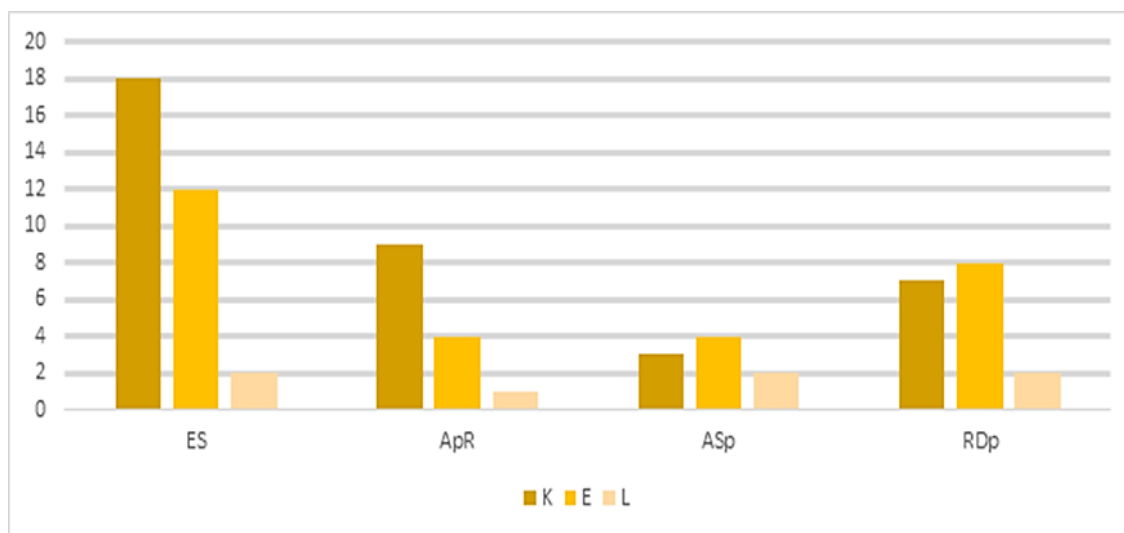
Nota: Aquí se muestra el *campo de significado Experiencia de usuario* con sus respectivos componentes, los números de la derecha indican cuantas veces analicé lo conversado y asigné las categorías de estos subcampos a determinados fragmentos de texto.

Como se puede observar en la Tabla 3, la cantidad de etiquetas analíticas es de un volumen importante para considerar describir a detalle cada una de sus aplicaciones. Un enfoque cualitativo no puede tomar esta dirección, sin embargo, es importante mostrar al lector que, aunque no se muestren y discutan todos los fragmentos de texto, el trabajo analítico acumulado sirve para dirigir y guiar las decisiones que tomé para explicar qué valoran y qué concluyen los participantes del estudio sobre sus servicios de psicoterapia recibidos. En primer lugar, qué tanto comparte y analiza cada participante sobre sus expectativas de lo que obtendrá de la psicoterapia cambia según su circunstancia y vínculo con la psicoterapia, esto es visible en el volumen de lo comentado.

Una hipótesis interpretativa que planteamos sobre las relaciones de poder y la forma del vínculo entre usuarios y su experiencia del servicio de psicoterapia puede ser ejemplificada en los gráficos incluidos en la Figura 1. *K*, quien es tanto una usuaria como una profesional de los servicios *psi* acumula el grupo textual más amplio de información respecto a lo que significa ser un usuario de estos servicios, con 37 fragmentos de texto categorizados de esta manera, mientras que *L*, quien fue internado de manera forzada por su familia en un centro de tratamiento de adicciones solo agrupa 10 fragmentos de texto bajo estas categorías. Sin embargo, esta forma de entender las categorías cualitativas diluye verdadera la densidad de lo que podemos sustraer de un análisis textual guiado por el análisis del discurso.

FIGURA 1

Volumen de aplicación de las categorías del grupo Experiencia de Usuario



Nota: La escala del lado izquierdo corresponde al número de veces que se aplicó la categoría a lo conversado con cada participante. Las categorías mostradas corresponden a Expectativas del Servicio (*ES*), Atención *psi* Recibida (*ApR*), Adscripción al Servicio *psi* (*ASp*), y Relación con los Discursos *psi* (*RDp*).

Los análisis textuales muestran su utilidad cuando en un mismo fragmento de texto pueden ser expuestos distintos discursos, algo que no es visible cuando se sigue un proceso explicativo basado exclusivamente en los grupos temáticos. Esto permite que se estudien fenómenos lingüísticos como la heterogeneidad de los discursos (Authier-Revuz, 2014).

Así que, para mantener un acento en la riqueza del análisis textual recorreré brevemente las áreas temáticas ofreciendo ejemplos de estos fragmentos de cada uno de los participantes para construir una imagen representativa de aquello que es comentable y discutible, más que “representativo”.

Expectativas del servicio. Esta es una de las áreas en las que se pueden ilustrar más claramente las posiciones de los participantes frente a la psicoterapia. Por parte de *K* es constante la confirmación del discurso clínico psi como uno que “sana” y “resuelve”:

A.- (Eeh) ¿Sobre tus expectativas que tenías en ese momento de la conversación con una psicóloga o de un proceso clínico?

K.- Pues a esa, a los 14 tenía la expectativa de que me quitaran el dolor. Y de que... . Sí de que me quitara el dolor, la necesidad de... , la renuencia de que no veía esperanzador el futuro después de la secundaria, como qué sigue después de la secundaria sin él. Es como de "¿de quién me voy a agarrar ahora?" "No, no lo voy a decir", pero como "¿qué voy a hacer con este dolor?, quiero que me curen, digo", ¿no?

Mientras que la posición de *E* en sus primeros acercamientos fue más escéptica:

E.- Bueno, supuse que iba a tener una experiencia experimentada, porque yo estaba en la prepa (...) digo, en la prepa (...) en la secundaria, este señor [titubeo] trabajaba como psicólogo de secundaria, dije: bueno, va a tener experiencia, va a tener algo, ¿no? Con

los chavos de la secundaria. Entonces yo fui por (-) este tema, de lo de la sexualidad y todo ese rollo, que me causaba conflicto, que yo me sentía mal, que estaba, (o sea), en la secundaria empiezas a descubrir muchas cosas y te empiezas (como que) a sentir triste; todo ese tipo de cosas, ¿no? Entonces fui con este señor: nada más alejado de la realidad, (o sea), este señor no tenía idea de lo que era un adolescente, (...).

Está de más añadir que la expectativa de *L* sobre la psicoterapia no será citada, porque no la tenía. Pero sí podemos entender qué expectativas tenían sus padres al internarle:

A. – A eso me refiero. De algo similar o familiar respecto a tu relación con tus padres, convivencia con amigos o pareja, etcétera. ¿Se comentó algo (de-) de ese tipo?

L. – Sí, en general era “estás aquí porque tu familia no puede contigo y no puede con la forma con que piensas, con lo que haces. Aunque es como bastante en la mirada de lo normal, pero para tu familia conservadora, pues estás fuera de su contexto familiar o su idea de lo que tiene que hacer la familia o los hijos. Entonces sí, tú estás aquí porque tu familia quiso, pero tu familia también es la que necesita la terapia”.

No quisiera construir una caricatura sobre la capacidad de pensamiento y juicio crítico de los participantes, también *K* cuestiona sus experiencias en la psicoterapia y muestra una cierta inteligencia estratégica para oponer los elementos del discurso liberal que proponen los discursos *psi* al discurso conservador de control familiar que experimenta por parte de su madre:

K- Entonces me acuerdo que era esa parte. Entonces, me acuerdo que me dijo la psicóloga., me dijo “es que, entiéndeme”, dice (esteh) “estás bonita”, me dijo “estás bonita (esteh) le preocupa, estás bonita, tienes buen

cuerpo", así me dijo, antes estaba delgada, ¿no?, "es bonita, tienes buen cuerpo", me dijo, "y le preocupa ya bueno, preocupación de mamá, así de que "entiéndela ¿no?" y yo así como de "Ah, OK, bueno".

Pero, o sea, mis expectativas eran, nada más esas dos, como que-que yo quería usa mi ropa y que mi mamá me dejara, y la otra era, dejar de sufrir por él.

A esto ella responde desafiándose de dicho servicio, algo que ilustra con claridad la explicación foucaultiana del poder de la *función psi*:

Creo que esa es, en verdad, la función de esos psicólogos, psicoterapeutas, criminólogos, psicoanalistas, etc. ¿Y cuál es sino ser agentes de la organización de un dispositivo disciplinario que va a ponerse en marcha, a precipitarse, cuando se produzca un vacío en la soberanía familiar? (Foucault, 1974/2006, p. 85, la traducción es mía).

Además de servir como el terreno de las disputas políticas entre otros discursos, como el liberal y conservador, las conversaciones de usuarios con profesionales *psi* en el contexto de la psicoterapia también nos exponen la imagen cultural que los usuarios tienen de éstos:

A.- ¿Qué recuerdas tú de (-) esos (-) primeros momentos de tener que conversar con un psicólogo?

E.- Esperaba un viejito.

A.- [Asiente].

E.- O sea, a mí me dijeron: "vas al psicólogo", y yo esperaba un señor. Entonces llegué y mi primera impresión fue que, pues el vato tenía como cinco o seis años más que yo.

A.- [Asiente].

E.- Y dije: ay, Dios. Dije: se ve muy joven.

A.- [Asiente].

E.- Ese fue mi primera impresión. (Este), segundo, las malas [titubeo] experiencias que

he tenido con psicólogos, generalmente son como sexistas, like como por hombres.

El razonamiento de *E* muestra una idea cultural que asocia a los profesionales *psi* a la adultez mayor, algunos símbolos asociados a esta idea es el par Experiencia-Sabiduría, a su vez, cuestiona implícitamente este par al agregar que Experiencia tiende a Tradición y Tradición tiende a conservadurismo, y en su experiencia a machismo.

Atención *psi* Recibida: Esta es una categoría diseñada para rastrear qué tipo de atención o servicios de salud mental han recibido los participantes a lo largo de sus vidas. Esto no motivará que desarrolle un análisis discursivo, aunque sí es posible. Más bien, mencionaré la cantidad de servicios *psi* referidos, a manera de contextualización sobre el nivel de familiaridad que los participantes han desarrollado con estos; *K* 9, *E* 4, y *L* 1.

Adscripción al Servicio *psi*: Esta categoría agrupa a los fragmentos de texto que expresan la relación militante de los usuarios con los servicios *psi*, se distingue de la categoría *Expectativa del Servicio* en que, la ya referida, se centra en aspectos imaginarios, mientras que ésta está más orientada a la praxis; qué tanto los usuarios se convierten en miembros activos de las instituciones *psi*, ya sea como divulgadores o como agentes.

En ciertos adjetivos calificativos, tonos emotivos y connotaciones se pueden comunicar las simpatías o apatías con las prácticas *psi*, tomemos a las categorías del psicodiagnóstico, por una parte, la distancia de *E*:

E.- Y (-) sí, (este), empecé a escuchar más esto (...) estos tipos de (...) esas palabras =

A.- = [Asiente].

E.- Tan raras que yo había escuchado: disforia, dismorfia. Yo no sabía qué era eso.

A.- [Asiente].

E.- (Este), trastornos de (...) trastornos alimenticios, TDA, todo ese tipo de cosas |

Y por otro la apertura y simpatía que muestra K con éstas, de tal manera que las explicaciones de los discursos *psi* sobre su comportamiento funcionan de manera retroactiva para explicar lo que ella es en el sentido ontológico:

K.- ¿Sabes? De decir, o sea, yo ya me hago daño, o sea, solamente que esta forma de nada, yo nunca la he probado. O sea, nunca la he probado y tiraba alcancías. Por ejemplo, aventando cosas una vez estrellé mi celular en el piso, o sea, eran episodios muy explosivos de ira. Aventaba cosas al piso, luego no sé qué, luego me castigaba mucho con mis pensamientos, mucho con, y luego dije “¿por qué no me castigo realmente como se debe?”. Pues ya, empecé a cortarme las piernas primero, ¿no? O sea, con un cúter, las piernas, y luego me corté los brazos, me corté los brazos. Y ya (este), fue como cuando yo recuerdo que mis, o sea, me empeoró mi situación cuando regrese con el psiquiatra porque le dije que, que el muchacho, mi amigo, se me había declarado y que yo le había dicho que sí. Que le había dicho que sí, pero que yo era todo un caos. Y le dije [a su amigo]: “pero bajo tu advertencia”. Entonces tener una relación amorosa... |

En este fragmento K nos explica que, aunque ya no comete autolesiones, las conductas de agresión hacia ella misma o hacia su entorno permanecen como un factor constante en su historia de vida y este es un rasgo característico de su diagnóstico clínico. Lo cual abre pie a que analicemos lo siguiente.

Relación con los discursos *psi*: Propongo esta categoría como parte del esclarecimiento teórico, el que a su vez es necesario para poder mapear las relaciones entre los usuarios y los discursos *psi*. Si seguimos la lectura discursiva foucaultiana

podremos relacionar cómo se expresa conformidad o disconformidad con los discursos *psi*. Pero, para no caer en un relativismo poco reflexivo que sentencie “cada cual según su circunstancia”, como si el análisis social solo sirviera para confirmar obviedades, es importante para nosotros discutir ese “afuera de la discursividad” antes mencionado.

a) Relación simbólica

El rasgo típico de lo simbólico en los fenómenos lingüísticos es el de un grupo textual que hace sentido ante un hablante o una comunidad, a partir de un vínculo de autoridad, y en este fragmento que nuestro sobre el auto etiquetado se observa. Hace falta hacer saber al lector que es una explicación de K que surge de un intento, por mi parte, de cuestionar el discurso psicopatológico, mi sugerencia fue señalar que ella ya no se identificaba con uno de los rasgos característicos de su cuadro clínico asignado. Aquí los conceptos como *disciplinamiento y auto-disciplinamiento* son útiles para comprender de qué espacios sociales provienen los discursos psicopatológicos y porqué su tendencia es la de las relaciones verticales entre cuidador capacitado y paciente incapaz —porque si mi naturaleza es la de una persona destructiva requeriré un monitoreo técnico, una especie de cuidador que guíe mi actuar. Nos atrevemos a proponer una hipótesis, tal vez la aspiración de K por conocer más y mejor su naturaleza a través de los discursos *psi* implica el objetivo de lograr las credenciales *psi* y enfrentar esa asimetría social, otorgándole otro tipo de autonomía, donde ahora lo que ella es no depende solo de una exterioridad, sino que ella está “autorizada” para concluir lo quien ella es.

Discutir los elementos textuales de este solo fragmento nos puede permitir utilizar los recursos del análisis del discurso foucaultiano de una manera fluida, discutir, por ejemplo, ¿la agresión expresada hacia nosotros o hacia el resto debe (o no) ser *a priori* patológica?, cuando narramos nuestros momentos desagradables y nuestros errores al convivir con otros y con nosotros mismos ¿no

solemos olvidar los momentos donde satisfactoriamente logramos convivir en paz con los demás?, ¿cómo podemos explicar nuestra naturaleza sin el sesgo de las etiquetas externas que hemos recibido a lo largo de la vida?, etc.

Por supuesto que podemos hacer este tipo de lectura con cada fragmento y no inmiscuirnos con la discusión teórica antes mencionada, pero nos parece que sería evitar la cuestión misma y faltar a nuestro entendimiento. El hecho de que uno de los límites de la discursividad es la imaginación política.

b) Relación imaginaria

A continuación, retomaré el comentario de *E* sobre lo que ella se imagina cuando piensa en un “psicoterapeuta”, aunque advierto, no quiero que parezca que la dimensión imaginaria de las relaciones tiene que ver sencillamente con la especulación imaginativa, comparto este fragmento especialmente por su denuncia política:

E.- (...). Entonces llegué y mi primera impresión fue que, pues el vato tenía como cinco o seis años más que yo.

A.- [Asiente].

E.- Y dije: ay, Dios. Dije: se ve muy joven.

A.- [Asiente].

E.- Ese fue mi primera impresión. (Este), segundo, las malas [titubeo] experiencias que he tenido con psicólogos, generalmente son como sexistas, like como por hombres.

Para *E*, denunciar a algo o alguien como “sexista” sirve para expresar su desagrado y desaprobación a un cierto tipo de discurso político (el discurso machista) para posicionarse en contra de sus argumentos, razonamientos y prácticas. Aparentemente hasta aquí seguimos en el terreno de la discursividad. Sin embargo, Žižek (2000) señala que además de la disposición pluralista de discursos y alternativas de acción existe un impulso idealista que supera el cinismo al que nos lleva el

relativismo discursivo: *el idealismo de la imaginación política*.

La seguridad de que existe un mundo social mejor, que supere el discurso machista, no solamente implica la existencia de un discurso feminista, implica un vínculo imaginario con un “nosotras” virtual en el que el individuo forma parte de una organización amplia con propósitos y objetivos de un mejor porvenir. Comprender esto ilustra cómo se construyen las preferencias entre discursos según la imaginación política de cada uno, pero también expresa la pregunta sobre la naturaleza de esa misma aspiración.

Tanto para *E*, como para *K* y *L*, la denuncia política es algo que se practica en distintos momentos de nuestras conversaciones, son seres éticos que razonan cómo podrían ellos y otros usuarios tener una mejor relación con los discursos *psi*.

c) Relación fáctica

A. – En un caso a lo mejor más estándar de convivencia (con-con-) con la situación (de la) de la psicoterapia, (eh) (el, la, los) las tareas, o las técnicas para asistencia por malestares mentales o físicos, conviven con la rutina de cada uno y alguno dice lo puede integrar, no lo puede integrar. En tu caso, esta, digamos, convivencia es distinta porque todo el tiempo estás dentro (de) del espacio de intervención. No es como saliendo de ahí, vas a tu casa y prácticas, y si te sirve o no te sirve. ¿Terminando contraste formas de integrar algo (de lo que) de lo que viviste en ese lugar? ¿Y qué tipo (de) de conocimiento, de aprendizaje (pues) estuvo relacionado a la clínica, estuvo relacionado a la convivencia con otros internos?

L. – Un tema muy amplio. Pues personalmente me sirvió mucho para, pues, confrontarme a mí mismo. Será como (eh) ponerme un contexto general familiar y decir: “ok, estoy aquí por esto y por esto. No le tengo

culpa a mi familia, no tengo resentimiento a familia”. Finalmente, como te dije el otro día, hicieron lo mejor que pudieron, con lo mejor que tuvieron. No tengo pedos con eso, pero saliendo de ahí, pues fue como qué necesito como para que no vuelva a pasar. Era como mi objetivo número uno, ¿no? O sea, porque es muy común que te vuelvan a sacar una y otra vez y otra vez. Así tengas 18 años, hasta 60, la familia... si no cambias tu aspecto legal, que no lo he cambiado, pero sí en general te la llevas mal con la familia, la familia se va a poner ruda y te va a decir otra vez, no nos importa pagar lo que se tenga que pagar, vas pa’ dentro, ¿no? Entonces, mi primer objetivo, gracias a la psicóloga, fue como de maneja tus emociones (este), llévatela mejor con tu familia. Esto te puede funcionar, esto no. Entonces, personalmente, me sirvió para decir: “ok, (este) o sea, está bien que ello sea así, pero mi objetivo es no caer aquí”.

Le doy especial énfasis a este fragmento porque nos enseña que, aunque existe la dimensión discursiva de la institucionalidad *psi*, además, existe lo Real de la institucionalidad *psi*. La ley *psi*. Que evidentemente está soportada en la discursividad *psi*, pero la obligatoriedad de ciertos protocolos, marcos de actuación, marcos jurídicos, deliberaciones legales, etc., nos inclina a considerar este como otro dominio ontológico.

L nos responde qué centralmente la experiencia de internamiento le enseñó sobre esa realidad fáctica de la institucionalidad *psi*; el señalamiento de criminal/drogadicto, la incomunicación con su red de apoyo, la obligatoriedad de ciertos actos, la presión psicológica, la violencia jurídica. Aquí entra la explicación lacaniana sobre la ley como un espacio social distinto al de la discursividad:

De este carácter constitutivamente absurdo de la ley, se desprende que hemos de obedecerla, no porque sea justa, buena o ni siquiera benéfica, sino simplemente porque es la ley —

esta tautología articula el círculo vicioso de su autoridad, el hecho de que el último fundamento de la autoridad de la ley reside en su proceso de enunciación (Žižek, 1992, p. 66).

La red social que establece la operatividad de una ley no necesariamente tiene que discernir si es apropiada, proporcional, justa o buena, simplemente la hace cumplir. Ese es el mandato (reconocido jurídicamente o no) de la ley *psi*. Si se te considera como no juicioso (por consumo de sustancias ilícitas) existe una materialidad social de protocolos que se aplican a un ciudadano para corregirlo. Y L es plenamente consciente de esto.

Analizando los discursos *psi*

Una de las tesis que sostienen a esta investigación, el estudio de los discursos *psi*, es trabajada por el campo de Análisis del Discurso Crítico (Parker, 2002/2015). Ian Parker nos propone entender el término de discurso como “una organización del lenguaje en ciertas formas de relación social” (2005, p. 88), por esto nos asiste en nuestra pregunta guía sobre la relación que mantienen usuarios y exusuarios del servicio de psicoterapia con las prácticas de las instituciones *psi*, ya que, también, el concepto de discurso ha sido muy usado en estudios que mantienen *distancia crítica* con el *estado de verdad* de distintas disciplinas científicas.

El análisis del discurso, nos dice Parker (1992/2014), nos ha enfrentado a la manera en la que naturalizamos la vida social, lo que era objetivo y dado ahora es relativo y construido, por consiguiente, tenemos más lejanía con discursos deterministas; religiosos o científicos, y más cercanía con discursos liberales; políticos o culturales. En un sentido pragmático, cuando hablamos tenemos más recursos discursivos (más *distancia crítica*) para distinguir los discursos religiosos y los científicos y menos (*distancia crítica*) para distinguir los discursos liberales, esto lleva a que al tomar decisiones sobre cómo actuar

tengamos la libertad de polemizar sobre religión y ciencia y no así (no con la misma facilidad) con los discursos liberales.

Esta comparativa muestra el sentido que tiene el uso del concepto *distancia crítica*, y agrego, el concepto de *estado de verdad* tiene su origen en el trabajo de Michel Foucault. Parker (2002/2015) explica que se puede comprender más a detalle el *complejo psi* utilizando las conceptualizaciones foucaulteanas de *régimen de verdad* y de *efectos de verdad*, de las que deriva el concepto de *estado de verdad*.

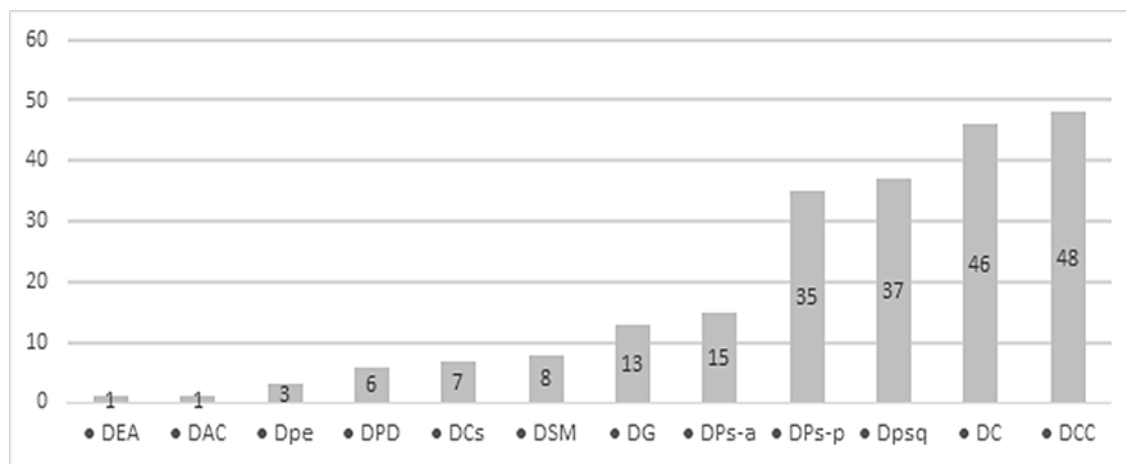
Según Foucault:

Cada sociedad tiene su régimen de verdad, su «política general de la verdad»: es decir, los tipos de discursos que ella acoge y hace funcionar como verdaderos; los mecanismos y las instancias que permiten distinguir los enunciados verdaderos o falsos, la manera de sancionar unos y otros; las técnicas y los procedimientos que son valorizados para la obtención de la verdad; el estatuto de aquellos encargados de decir qué es lo que funciona como verdadero (Foucault, 1979, p. 187).

De acuerdo con la conceptualización foucaultea podemos entender determinadas prácticas psicoterapéuticas (ej., el psicodiagnóstico) como prácticas que articulan un determinado *régimen de verdad* y en consecuencia adquieren un *estado de verdad*; esto es, el tener el respaldo y autorización del régimen de verdad (ej., de la Psiquiatría). Para este proyecto está conceptualización ayuda a identificar cómo ciertos discursos y prácticas al gozar de un *estado de verdad* operan tanto en profesionales del *complejo psi* como en usuarios de estos servicios.

Para este propósito nos servimos del concepto de *cultura del diagnóstico*, que encontramos en el trabajo de Svend Brinkmann (2016) quien ha estudiado a la disciplina psicológica siguiendo de cerca el trabajo de investigación de Nikolas Rose. Brinkmann ha propuesto este concepto para entender cómo el desarrollo del *complejo psi* permea en la cultura, compartiendo en esto el interés de Parker (2015) de estudiar, además de las instituciones *psi*, la manera en que distintos objetos culturales como películas, series de televisión, o novelas presentan los discursos *psi*. Señala un estado de saturación de distintos objetos culturales que encontramos en la vida cotidiana y que refieren a las formas de etiquetado de la psiquiatría y la psicología como formas idóneas para comprender nuestros problemas y nuestro sufrimiento, desplazando así otras formas de referirlos (Brinkmann, 2016). Nos parece de gran utilidad para poder comprender cómo las personas en nuestros entornos cotidianos nos explicamos a nosotros y a nuestros cercanos a partir del lente del diagnóstico, en particular del psicodiagnóstico.

En la gráfica de la Figura 2 mostraré cómo están distribuidos los Discursos *Psi*, según su volumen de uso en las conversaciones. En esta se podrán observar las categorías de Discurso "etapas del amor" (*DEA*), Discurso de la atención en crisis (*DAC*), Discurso de la personalidad (*DPe*), Discurso de la psicología del desarrollo (*DPD*), Discurso de la consciencia (*DCs*), Discurso de la salud mental (*DSM*), Discurso Gestalt (*DG*), Discurso Psicoanalítico (*DPS-a*), Discurso psicopatológico (*DPS-p*), Discurso psiquiátrico (*DPS-q*), Discurso conductual (*DC*) y Discurso cognitivo conductual (*DCC*).

FIGURA 2Volumen de los códigos contenidos en el grupo Discursos *Psí*

Esta distribución es evidencia de que puede haber un gran volumen de significantes presentes en una investigación, pero estos no representan a todos los individuos con quienes se conversó, no obstante, la proximidad de tal o cual usuario con los discursos *psí* efectivamente nos muestra una constelación de posiciones, y la riqueza y variedad de usos que le puede dar un usuario al Discurso Cognitivo-Conductual también plantea una geografía política específica. Por ejemplo, podemos especular sobre la fluidez con la que *K* podría lograr ser una activa militante de los discursos *psí*, mientras que encontraríamos en *E* y *L* más limitaciones.

Una distribución similar tenemos en el caso del Discurso Conductual. Es importante señalar que, aunque estos dos comparten muchos nichos y argumentos base, sí existe una aplicación distinta e identificable de los anteriores discursos. Por parte de la aproximación cognitivo-conductual hay un acento más explícito en el monitoreo de nuestros pensamientos, emociones y acciones, así como la

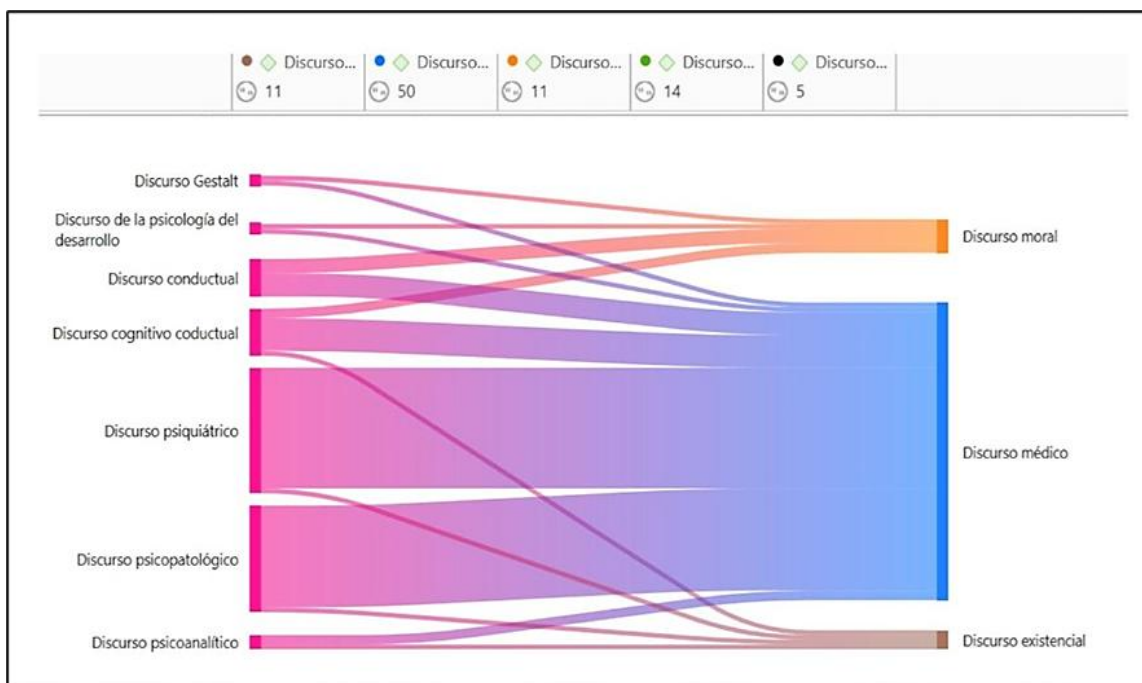
interrelación de estos, mientras que en la aproximación conductual el acento es en el control, dirección o manipulación del comportamiento, *a)* de nosotros hacia otros, *b)* de otros hacia nosotros, *c)* o de nosotros hacia nosotros mismos.

Discursos del sufrimiento

El diagrama de la Figura 3 nos muestra cómo están relacionados los discursos *psí* con los discursos del sufrimiento, es decir, si en el diagrama no aparecen el Discurso Político y el Discurso Religioso es porque la relación mostrada en las conversaciones no fue significativa. Sin embargo, podemos confirmar que un cierto tipo de discurso *psí* sí es mayoritariamente coincidente con el Discurso Médico. Es decir, utilizando la jerga de Laclau y Mouffe (2001), el Discurso Médico se muestra como hegemónico en nuestras conversaciones con usuarios. Esto no confirma nada en términos poblacionales, pero sí expone el conjunto de reglas conversacionales que ambientaron nuestras charlas.

FIGURA 3

Diagrama de Sankey: Discursos *Psi*-Discursos del sufrimiento



Nota: El diagrama que observamos es una herramienta para el análisis de co-ocurrencias, es decir, codificaciones coincidentes en los mismos fragmentos de texto. En la parte superior observamos los *Discursos del Sufrimiento* de Brinkmann (2016): *Discurso Existencial* (café), *Discurso Médico* (azul), *Discurso Moral* (naranja), *Discurso Político* (verde) y *Discurso Religioso* (negro).

Aunque un caso, o un grupo pequeño de estos, no sirva para hacer conjeturas sobre la naturaleza amplia de un problema social, sí sirve para hipotetizar sobre cómo se estructuran los razonamientos y lógicas sobre dichos problemas, y más aún, debido a que este proyecto no es solo contemplativo sino participativo podemos también valorar estos discursos desde la perspectiva de la disputa por el significado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El primer estudio con perspectiva crítica sobre usuarios de los servicios de salud mental que me entusiasmó por el alcance y fondo de la discusión

pública que proponía fue el de Lois Holzman sobre las valoraciones que hacían los usuarios de los servicios de salud mental sobre ser diagnosticados (Holzman y Genn, 2019). Recientemente la investigación cualitativa en esta área ha avanzado significativamente, los estudios de usuarios son tan abundantes que ya se pueden realizar metaanálisis de estos, como el publicado el año pasado sobre las experiencias negativas de usuarios con el servicio de psicoterapia en la revista *Psychotherapy research* (Vybiral et al, 2024). Las categorías de ahí surgidas facilitan a los terapeutas obtener retroalimentación sobre qué hacer o cómo corregir acciones, que realizan u omiten realizar, cuando proveen servicios de psicoterapia. Pero ¿qué aporta una investigación con las características del estudio aquí presentado?,

¿a quiénes les puede parecer más formativo y esclarecedor lo que aquí se comparte y argumenta?

El que podamos tener datos empíricos que muestran cómo cada persona tiene una forma de discernir, estructurar juicios y argumentos respecto de los servicios de salud mental que han recibido debe invitarnos, como profesionales de estos servicios, a cuestionar de qué maneras estamos desarrollando modelos de incorporación de estas visiones, qué tan ambiciosos estamos siendo para diseñar plataformas en la que los usuarios y exusuarios puedan ofrecernos retroalimentación de lo que han vivido en un ambiente de respeto y colaboración.

Muchas preguntas pueden surgir de esta área de trabajo institucional que está pendiente de desarrollarse, ¿cómo decidimos qué valor tiene cada testimonio y cada argumento?, ¿qué sistemas de participación serán los más adecuados?, ¿las plataformas de representación sujetas a figuras institucionales como las asociaciones civiles son el mejor modelo?, ¿deben, los sistemas de involucramiento de usuarios y exusuarios, funcionar como espacios de formación de “unidades verificadoras” de los servicios de salud mental?, ¿debe ser un espacio plural de indagación académica, como lo es ahora, o desde el trabajo académico pueden surgir propuestas de desarrollo institucional?

En esta investigación subrayé diferentes formas de vínculo entre las instituciones psi y los usuarios, en los casos descritos mayormente de la esfera del servicio privado, unos de libre elección, en otros casos de maneras coercitivas (si entendemos las intenciones de los familiares a cargo) y uno particular como modelo asilar. Esta relación de poder es una dimensión presente en todas las formas de vínculo entre las instituciones *psi* y los usuarios, pero no serán visibles sin el enfoque metodológico adecuado, en estos casos si no se pregunta, no existe.

Lo que no quiere decir que esta identificación sea directa, clara y sin complejidad, como un arriba

y abajo, adentro y afuera, entre instituciones públicas y/o privadas y los usuarios. Más bien, si leemos de nuevo los testimonios entenderemos cuando manifiestan que el uso es *disciplinar* y cuando el uso es *auto-disciplinar*. Lo que añade otros aspectos de complejidad a la situación. El trato entre profesionales psi y usuarios de sus servicios no debería ser condescendiente, considerando que la única asimetría será entre experto y no-experto, ¿qué pasará con las y los usuarios que practican el *auto-disciplinamiento*?, ¿qué consideraciones éticas deben construirse al respecto?

En relación a esto me parece que el marco de los estudios del discurso son un recurso ideal para marcarnos límites, sí, los profesionales psi, sobre en qué direcciones indagar, de qué manera hacerlo, cuándo sugerir, cuándo dirigir y cuándo no hacerlo. ¿Por qué?, porque esta perspectiva ofrece los recursos conceptuales para tratar a estos fenómenos como una relativa exterioridad, sí, siguen siendo visiones de mundo de los usuarios y profesionales psi, pero poder tratarlos como un recurso lingüístico es una retórica para evitar ser muy incisivos en dimensiones del problema que no corresponden con el interés colectivo y público de la situación, vaya, deberíamos ser capaces de entender que el abordaje y estudio de los fenómenos ideológicos no tiene como propósito dirigir a otros o corregirlos.

Estudiar cómo los lenguajes del sufrimiento estructuran y expresan las experiencias de malestar en contextos culturales y sociales específicos

Por eso la herramienta conceptual para describir qué tanto se usan los discursos del sufrimiento es importante. En las conversaciones que aquí se analizan se demuestra que ciertos paquetes textuales se acompañan, en tendencia, por otros, y que esto sería una pregunta interesante para extender en un sentido poblacional, ¿cómo se presentarán estas relaciones en muestras poblacionales altas?, implica

un reto técnico mayúsculo desarrollar los instrumentos adecuados para concluir esto, claro está.

Pero, centrándonos en los resultados, es visible cómo y a través de qué categorías lingüísticas se conectan unos corpus y otros, es decir, unos discursos y otros. Por ejemplo, categorías como “registrar” observamos que coinciden cuando se está relatando una técnica de la terapia cognitivo conductual, pero también sabemos que la lógica de su uso implica el monitoreo de los procesos de salud-enfermedad, por lo que el Discurso Cognitivo-Conductual y el Discurso Médico del sufrimiento se intersecan.

Conocer los discursos que, ya no solo usuarios y exusuarios, sino, todos estamos usando para comunicar y entender el sufrimiento es una pregunta que excede a las preocupaciones de las instituciones de la salud mental, y, me parece, es un marco de problematización que nos ayudará para evitar pensar nuestro trabajo y responsabilidades exclusivamente en estos parámetros.

Una de las principales fortalezas de un proyecto de investigación como el aquí presentado es que quien lo conduce desarrolla, gracias al rigor metodológico, una perspectiva integral y crítica de las necesidades que suscita el problema en cuestión: el involucramiento de los usuarios y exusuarios en las instituciones que ofrecen servicios de salud mental. Por ejemplo, para este caso me parece que hay dos maneras generales de sacar provecho de este estudio, la primera dentro del campo de las políticas públicas de salud mental, y la segunda en el área clínica y/o de acompañamiento psicosocial.

Transformando las instituciones psi: Aspectos macrosociales

Podríamos proponer, hipotéticamente, un esquema transicional desde una perspectiva de monitoreo y evaluación estadística no-participativa de las instituciones de salud mental hacia una perspectiva de tipo comunitaria y participativa. En este esquema podríamos considerar un progreso

integrar las valoraciones de los usuarios y exusuarios dentro del esquema de monitoreo y evaluación (aún, siendo solo estadística). Posteriormente sería positivo observar que estas valoraciones sean recuperadas con estrategias de recolección cualitativas que no diluyan los sentidos que hacen los usuarios y ex usuarios de sus procesos y realidades. Después, podría ser interesante incorporar en estas indagaciones cualitativas ejercicios de reflexión y discusión entre usuarios (pares) y con profesionales psi sobre las relaciones de poder en los espacios de la salud mental.

Y si consideramos lo anterior como una posibilidad cada vez más latente, tomemos como ejemplo al decreto de creación de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) (Decreto 29/05/2023, Presidencia de la República) y a las últimas reformas de la Ley General de Salud en su apartado sobre Salud Mental (Ley General de Salud, 2024), entonces lo presentado y explorado aquí puede servir como una caja de herramientas, de reflexiones, conceptos, recursos metodológicos y testimonios que en unos casos acompañará, en otros resolverá y en algunos inspirará a otros trabajos y proyectos que buscan construir mejores instituciones psi.

Transformando las instituciones psi: Aspectos microsociales

Pero, también puede resultar formativo y útil para aquellos que son profesionales psi y han considerado que sus conversaciones con los usuarios de sus servicios ofrecen distintos niveles de complejidad y sienten una curiosidad genuina por entender cómo ocurre el ejercicio clínico desde los ojos de uno y/o distintos usuarios.

Piénsese en cómo las aproximaciones como la terapia narrativa (White, 2007) y las instituciones de formación en materia de género han logrado una amplia aceptación en los profesionales psi y en cómo se han expuesto las necesidades formativas en estos rubros (Sanabrias-Moreno, 2022), es decir, las dinámicas y relaciones de poder.

Por mi parte, la originalidad que, definiendo, se encuentra en esta investigación y por la cual invito a conocerla es que a través de ella es más fácil entender a los usuarios de los servicios de salud mental como agentes que construyen significado, con más o menos pericia, con más o menos condicionamientos sociales, pero siempre en el ejercicio de una identidad y capacidad diferente y diferenciadora.

REFERENCIAS

- Authier-Revuz, J. (2014). Enunciative heterogeneity. En J. Angermüller, D. Maingueneau, y R. Wodak (Eds.), *The discourse studies reader: Main currents in theory and analysis* (pp. 155-165). John Benjamins Publishing.
- Brinkmann, S. (2013). *Qualitative interviewing*. Oxford University Press.
- Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic cultures: A cultural approach to the pathologization of modern life*. Routledge.
- Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud. (2023, 29 de mayo). *Diario Oficial de la Federación*.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690237&fecha=29/05/2023
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. La Piqueta.
- Foucault, M. (2006). *Psychiatric power: Lectures at the Collège de France (1973-1974)*. Palgrave Macmillan. (Obra original publicada en 1974).
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1975).
- Greimas, A. (1971). *Semántica estructural*. Gredos.
- Holzman, L., y Genn, E. (2019). Diagnosis: A thousand people speak out. *Journal of Humanistic Psychology*, 59(1), 48-68.
<https://doi.org/10.1177/0022167818803478>
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Laclau, E., y Mouffe, C. (2001). *Hegemony and socialist strategy*. Verso Books.
- Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., y Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e158.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>
- Ley General de Salud. (1984, 7 de febrero). *Diario Oficial de la Federación*. (Última reforma publicada el 7 de junio de 2024).
- Li, R., Zhang, H., Liu, C. Q., y Zhang, L. (2022). Bibliometric and visualized analysis of User Experience Design research: From 1999 to 2019. *Sage Open*, 12(1).
<https://doi.org/10.1177/21582440211073574>
- Parker, I. (2005). *Qualitative psychology: Introducing radical research*. Open University Press.
- Parker, I. (2014). *Discourse dynamics: Critical analysis for social and individual psychology*. Routledge. (Obra original publicada en 1992).
- Parker, I. (2015). *Critical discursive psychology*. Palgrave Macmillan. (Obra original publicada en 2002).
- Rose, N. (1985). *The psychological complex: Psychology, politics and society in England (1869-1939)*. Routledge & Kegan Paul.
- Rose, N. (2025). 5E Mental Health? Notes on an emerging style of thought. *Transcultural Psychiatry*, 62(3), 325-340.
- Rose, N., y Abi-Rached, J. (2013). *Neuro: The new brain sciences and the management of the mind*. Princeton University Press.
- Sanabrias-Moreno, D., Sánchez-Zafra, M., y Zagalaz-Sánchez, M. L. (2022). Análisis de la formación en igualdad de género y compromiso con los estudios del futuro profesorado. *Publicaciones*, 52(2), 77-95.

- <https://doi.org/10.30827/publicaciones.v52i2.22279>
- Vybíral, Z., Ogles, B. M., Řiháček, T., Urbancová, B., y Gocieková, V. (2024). Negative experiences in psychotherapy from clients' perspectives: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 34(3), 279-292. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2218413>
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. W. Norton & Company.
- Žižek, S. (1992). *El sublime objeto de la ideología*. Siglo XXI.
- Žižek, S. (2000). Class struggle or postmodernism? Yes, please! En J. Butler, E. Laclau, y S. Žižek (Eds.), *Contingency, hegemony, universality: Contemporary dialogues in the left* (pp. 90-135). Verso Books.