

Romina Del Monaco

## **EMPRESARIOS DE SÍ MISMOS: SUBJETIVIDADES EN LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN BUENOS AIRES, ARGENTINA**

Las terapias cognitivo-conductuales empiezan su desarrollo en Argentina a principios de la década de 1980. Desde sus inicios hasta comienzos del nuevo milenio, estos abordajes psi ocuparon un lugar marginal tanto en lo que se refiere a la educación y formación universitaria como en los servicios de salud mental en los sistemas de salud privados y públicos. En contraste con los países europeos, Estados Unidos, y algunos del Cono Sur (Chile, Perú, Brasil), el lugar secundario de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) se debe al carácter dominante que el psicoanálisis todavía tiene en el campo psi en Argentina. A su vez, la confrontación con el psicoanálisis se ha convertido en objeto de diferenciación y de críticas desde lo cognitivo conductual para promover su desarrollo y delimitar su espacio entre las diferentes perspectivas terapéuticas.

La creciente importancia del abordaje cognitivo-conductual en la región metropolitana de Buenos Aires no se puede escindir de las transformaciones sociales y económicas asociadas al despliegue del capitalismo neoliberal en la década de 1990 y principios de 2000. Este contexto se caracterizó por un aumento de la flexibilización y precariedad laboral, privatizaciones, altas tasas de desempleo y marginación social (Svampa, 2005) que repercutió en los distintos sectores sociales de manera particular. El empobrecimiento de los años noventa incidió considerablemente en las clases medias y sectores trabajadores, y se

tradujo en una profunda inestabilidad laboral seguida de desempleo crónico, incertidumbre y dificultad para continuar utilizando, entre otras cosas, servicios como la educación y salud privadas (Visacovsky, 2012). Al mismo tiempo que aumenta la desigualdad y la pobreza estructural en gran parte de la población, la polarización social hace que otros sectores vinculados con las clases medias altas y elites urbanas se vean favorecidos por las nuevas políticas y reformas sociales, adoptando como exclusivos los centros de salud privados y teniendo la posibilidad de acceder, entre otras cosas, a las TCC —ya que estas se encuentran, en general, en consultorios e instituciones privadas de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires—.

Siguiendo a Foucault, estas transformaciones económicas y políticas neoliberales requieren modelos de subjetividad específicos centrados en el individuo como empresario de sí. Estas formas de trabajo sobre sí mismos se convierten en tecnologías de gobierno que permean distintas esferas de la cotidianidad y transfieren a los sujetos la responsabilidad por la gestión y el curso de su vida. Aspectos como el individualismo y el impulso a la realización personal a través de la búsqueda de seguridad y de alcanzar cierto estatus cumplen un papel central en la definición de las modalidades de consumo en estas sociedades neoliberales (Harvey, 2017). Esta articulación que comienza a plantear Foucault (2008) entre las tecnologías de gobierno y las de sí mismos permiten examinar la relación entre los modelos de subjetividad dominantes en el contexto neoliberal posnoventa en Argentina y las modificaciones en el campo psi a partir de la incorporación o mayor presencia de otros abordajes como las TCC.

En el campo de la salud mental, las transformaciones socioeconómicas de las últimas décadas repercuten no solo en las formas de sufrir y enfermar, sino también en los modos en que los sistemas de salud dan respuesta a dichos malestares. Algunos de los cambios refieren a la necesidad de acortar los plazos de los tratamientos en contextos donde la prolongación indefinida en el tiempo de dolencias dificulta e incluso puede poner en peligro la continuidad laboral. De esta forma, al mismo tiempo que adquieren mayor presencia una serie de padecimientos (categorizados en términos psi como “trastornos” o “problemas”) asociados con la necesidad de cumplir con exigencias y demandas en las sociedades actuales, se visualiza un incremento de psicoterapias breves que dicen resolver problemas en periodos acotados de tiempo a partir de plantear objetivos concretos (Hoffman, 2012). Son terapias que presentan una estructura más o menos similar que comienzan con la formulación o conceptualización del caso que incluye el diagnóstico, la evaluación y las hipótesis que desarrolla el terapeuta acerca del rol de los factores cognitivos y conductuales en

el inicio y mantenimiento de síntomas por los que se consulta. Además, destacan la importancia de establecer una buena relación terapéutica con los pacientes, quienes deben involucrarse activamente en los tratamientos (Keegan, 2007).

Dentro de las características del campo psi en Argentina, hay estudios que describen la llegada de estas psicoterapias a nuestro país y los modos de diagnosticar y tratar (Keegan, 2007 y 2012; Korman, Voitti y Garay, 2010; Korman, 2011; Fernández Álvarez, 2008). Desde las ciencias sociales, en cambio, se han investigado desde distintas perspectivas la historia y el lugar de la psicología y el psicoanálisis (Vezzetti, 1996; Galende, 1997; Visacovsky, 2002 y 2008; Dagfal, 2009; Plotkin, 2003 y 2013), y el estudio y la relación entre psicoanálisis y pobreza (Epele, 2016). En cambio, se observa cierto vacío de estudios sobre las psicoterapias cognitivo-conductuales.

A partir de la investigación realizada con profesionales psi, psicólogos y psicólogas que trabajan desde esta orientación, el objetivo de este capítulo es indagar y analizar los modelos de subjetividad implicados en estas psicoterapias para luego examinar las categorías de “hacer” y “enfrentar” como ejes que estructuran su abordaje. En los últimos años, el crecimiento de las TCC en Argentina se corresponde con las transformaciones mencionadas previamente en materia social, económica y política propias del contexto posnoventa y de principios de los años 2000. Este momento histórico se caracterizó, por un lado, por el aumento de la exclusión y desigualdad social de las clases medias y trabajadoras, mientras que, por el otro, otros sectores como las clases medias altas y elites se vieron favorecidas por las reformas sociales y económicas. Esta lógica económica neoliberal propia del contexto produce efectos en los modelos de subjetividad convirtiendo a los sujetos en empresarios de sí, autónomos y responsables de gestionar distintos ámbitos de su vida cotidiana. Las TCC retoman los presupuestos de dicho modelo de subjetividad y lo transforman en un modo específico de intervención terapéutica. Así, al mismo tiempo que convierten a los sujetos en individuos, ubican el “hacer” en un eje de la terapéutica, que se codifica en términos de *definir problemas, exponerse* y *resolver*. En tanto la singularidad, la historia política, económica y subjetiva quedan reducidas a un conjunto de saberes “universales” basados en la evidencia empírica que intervienen en tratamientos donde los imperativos de ser *activos* y *resolutivos* enfatizan la realización personal como instancia para alcanzar cierto bienestar.

De esta manera, en el primer apartado, se describen los inicios y el desarrollo del abordaje cognitivo-conductual tanto en Argentina como a nivel mundial. Luego, se examinan los modelos de subjetivi-

dad implicados en estas psicoterapias y se analiza la reducción de los sujetos a la categoría de individuos que se hacen cargo de distintas esferas de su cotidianeidad. A través de este análisis, se exploran las nociones de “hacer” y “enfrentar” como ejes que estructuran el proceso terapéutico. Por último, se indaga en la relación entre estos modos de gestionar los *problemas* o *trastornos* y un desplazamiento desde lo social hacia los individuos como únicos responsables por la resolución y finalización del tratamiento.

### **PERSPECTIVAS E HISTORIZACIÓN DEL ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN ARGENTINA**

En Argentina, el desarrollo de las TCC adquirió particularidades específicas que los profesionales entrevistados vinculan, entre otras cosas, con dos hechos fundamentales. Por un lado, la necesidad de buscar modelos alternativos al psicoanálisis y, por otro, el contexto socioeconómico marcado por nuevas exigencias y competencias en lo laboral y la necesidad de adaptarse a los “nuevos ritmos” en distintas esferas de la vida. En primer lugar, la progresiva incorporación de estas psicoterapias se enmarca en un contexto de fuerte tradición psicoanalítica. Desde las ciencias sociales, hay distintos estudios que analizan la hegemonía del psicoanálisis 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 elites medias y urbanas (Visakovsky, 2009; Epele, 2016). Más aún, no solo desde lo académico sino también desde la clínica, el psicoanálisis ocupa un lugar protagónico como la perspectiva predominante en instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas de salud (Plotkin y Visakovsky, 2007). Frente a la dominancia de esta perspectiva psi, los terapeutas cognitivo-conductuales buscan diferenciarse resaltando que las TCC son un tipo de psicología basada en la evidencia.

En nuestro país, el campo de las TCC es heterogéneo y mantiene discusiones internas asociadas al mayor o menor protagonismo dado a ciertas herramientas terapéuticas y, también, a las formas de nombrarse. En algunos casos, se habla de *terapias cognitivo-conductuales* o de *segunda generación/segunda ola* y, en otros, de las *terapias de la tercera ola* o *tercera generación*, en las que el sustento de estos modelos proviene, en general, del conductismo. Algunos ejemplos de estos últimos abordajes son: *terapia basada en mindfulness*, *terapia dialéctico-comportamental*, *terapia de activación conductual para la depresión*, entre otras denominaciones. Más allá de estas diferencias o modos de nombrarse, comparten el hecho de considerarse un abordaje científico donde las intervenciones clínicas se realizan teniendo como susten-

to investigaciones previas (realizadas en países centrales) que siguen el modelo de la biomedicina y de las ciencias naturales.

En segundo lugar, la vinculación de estas psicoterapias con los procesos neoliberales post años noventa tiene que ver, entre otras cosas, con el énfasis puesto en la *resolución de problemas en periodos acotados de tiempo*. Las modificaciones en las características de las actividades laborales, sociales, educativas en Argentina intervinieron en los modelos de producción y resolución de malestares, creando las condiciones para que surjan o adquieran mayor protagonismo otros modos de abordar padecimientos desde el campo psi como las TCC.

Incluidas dentro de la categoría de terapias breves, las referencias a la temporalidad constituyen una cuestión que se menciona como el puntapié inicial que incrementa la presencia de estas psicoterapias en el campo de la salud, ante las demandas de determinados sectores de la población respecto de la necesidad de adaptarse a los ritmos de vida actuales. En sus inicios, estas terapias llegaron como innovación terapéutica y comenzaron a desarrollarse en nuestro país a principios de la década de 1980, con la creación de institutos privados, grupos de discusión y jornadas. Sin embargo, recién a fines de la década de 1990 y principios de la de 2000 se observa una mayor institucionalización y difusión (Korman, Viotti y Garay, 2010).

Las transformaciones en la economía política del capitalismo tardío del siglo XX se han caracterizado en el nivel global por cambios radicales en los procesos laborales, en los hábitos del consumidor, en las configuraciones geográficas y geopolíticas y en los poderes y prácticas estatales (Harvey, 2017: 143). En Argentina, los procesos neoliberales comienzan en los años setenta y se profundizan durante la década de 1990. Este periodo es analizado como un momento de cambios sociales y económicos que derivaron en una crisis a comienzos del año 2001 (Svampa, 2005; Visacovsky, 2008). En este contexto se incrementó la desigualdad, la polarización social, la pobreza estructural y los niveles de desempleo donde las condiciones efectivas de ascenso social se redujeron considerablemente. Algunas especificidades refieren al incremento de la subocupación, empleos precarios, inestables y sin derechos sociales. Además, se trató de un contexto de fuerte protesta social seguida de represión estatal y descrédito de los representantes políticos (Visacovsky, 2012).

En este periodo, la desocupación pasó, en el Gran Buenos Aires, del 6% al 17,9% entre 1991 y 2000 (Kessler y Di Virgilio, 2008). Estas transformaciones repercuten en los distintos sectores sociales de manera específica, ya que los recursos personales derivados del mundo del trabajo se ven profundamente afectados. Desde las ciencias sociales, este momento coincidió con un mayor interés por el estudio de la

clase media, focalizando en las transformaciones en su cotidianeidad y en las dificultades en categorizar a este sector social, debido a las diferencias entre sus condiciones objetivas de vida y la autopercepción de los sujetos en torno a su pertenencia de clase. Algunos indicadores que dan cuenta de estos cambios en los sectores medios refieren a las posibilidades o no de acceso a los sistemas de salud prepagos, la educación privada y determinados bienes y servicios (Visacovsky, 2012).

Teniendo en cuenta el contexto mencionado, se trata de un período en el que se incrementa la incertidumbre respecto del presente y futuro laboral y se refuerzan actitudes competitivas en estos ámbitos. De hecho, los entrevistados destacan el tratamiento de *trastornos* asociados a estados emocionales, dificultades para conseguir determinados objetivos laborales o personales que, en general, pasan a ser considerados desde el campo cognitivo-conductual con distintos diagnósticos (trastornos de ansiedad, depresivos, fobias, trastornos obsesivos compulsivos, etc.), que se encuentran categorizados en el *DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)*. Son cuestiones que se reducen a problemas específicos y puntuales que se pueden abordar en periodos acotados de tiempo.

En el modelo cognitivo-conductual (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 la intención de tomar como modelo el esquema biomédico (Del Monaco, 2019). El proceso terapéutico está estructurado en torno a una serie de pasos que incluyen la definición del problema y las tareas a realizar para alcanzar cierto bienestar y *enfrentar* aquello que produce malestar. En esta trayectoria, se ponen en juego modelos de individualidad que dejan de lado la multiplicidad de procesos sociales, económicos, políticos que atraviesan, producen e intervienen en la resolución (o no) de experiencias que ocasionan dolor. Es decir, estos sujetos reducidos a individuos emprendedores donde las presiones para ser independientes, libres y responsables están muy arraigadas, conviven con coyunturas de precarización y retiro del Estado en esferas como la salud y educación, desplazando al ámbito individual la preocupación y gestión del cuidado de sí (Castell, 2012). En estos contextos, los esfuerzos, los compromisos y la voluntad para lograr determinados objetivos son analizados por Lorey (2016) como moralidades positivas que operan como técnicas de gubernamentalidad. Siguiendo el estudio de Sarah Ahmed sobre la felicidad, se trata de modelos de subjetividad muy específicos donde se parte de que las personas saben cómo se sienten y pueden distinguir entre: emociones buenas y malas, el bien y el mal, la actividad y la pasividad, entre otras cosas. A su vez, conocer estas distinciones y gestionar los objetivos orientados hacia

una búsqueda de felicidad constituyen las bases de su bienestar social y subjetivo (Ahmed, 2019).

Por último, en el 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 ciertos malestares que mostraban un rápido aumento 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,<sup>1</sup> de las primeras computadoras y las analogías de estas con la mente (Keegan, 2007; Korman, Viotti y Garay, 2010) que, inevitablemente, intervinieron en el despegue y la conformación de este abordaje psi. Si bien, en sus orígenes, las psicoterapias cognitivas retoman algunos de esos elementos teóricos para pensar cómo procesos de pensamiento podían intervenir en el surgimiento de determinados malestares, luego, se convierten en un campo autónomo con desarrollos teóricos y empíricos en los que, progresivamente, se combinan las técnicas cognitivas con otras relacionadas con lo conductual.

## **METODOLOGÍA**

La perspectiva teórico-metodológica de la investigación se inscribe en el dominio de las ciencias sociales y de la antropología de la salud, siguiendo los lineamientos de la investigación cualitativa. En esta etapa, la investigación consistió, a través de la técnica de bola de nieve, en la realización de entrevistas a profesionales —psicólogos y psicólogas- en instituciones que trabajan desde la perspectiva cognitivo-conductual. Los objetivos generales de la investigación fueron indagar las genealogías y orientaciones teóricas y clínicas; los fundamentos teóricos y epistemológicos; los modos de producción de diagnósticos; las particularidades de los tratamientos (temporalidad y duración); la relación entre profesionales y pacientes; los modelos de eficacia, y la concepción de sujeto que padece de acuerdo con los profesionales psi, entre otras cosas.

---

1 Los desarrollos de las ciencias de la cognición a partir del estudio y la 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, la psicología y la lingüística (Pinker, 2012; Thagard, 2010). En sus inicios, planteaban un tipo de sujeto universal con el objetivo de 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 socioeconómicos (Gardner, 2011).

Se realizaron veinte entrevistas a través de la técnica de bola de nieve a profesionales (mujeres y varones, entre 33 y 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 (AMBA) durante el periodo octubre de 2016 y 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 TCC. 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 participantes, así como también de resguardar su identidad. Las personas entrevistadas son mayores de 18 años. Para realizar este estudio se llevó a cabo el proceso de evaluación requerido a través del comité de ética de una institución.

## **DESDE LA SUBJETIVIDAD AL INDIVIDUO EN LOS ABORDAJES COGNITIVO-CONDUCTUALES**

A partir del análisis de las entrevistas a los profesionales cognitivo-conductuales, es posible visualizar que en estas psicoterapias hay formas de concebir a los pacientes que se corresponden con los modelos de subjetividad dominantes que se reproducen en distintas esferas de la vida cotidiana (laborales, educativas, vinculares). Foucault habla de una teoría del *homo economicus* en la que se refuerza una idea de los sujetos como empresarios de sí mismos. La función de esa generalización de la “empresa” trata de multiplicar el modelo económico de la oferta y demanda, inversión, costo y beneficio para hacer de él un modelo de relaciones sociales y de existencia (Foucault, 2008). Los sujetos se reducen a individuos homogéneos, universales y autónomos que deben alcanzar cierto potencial y convertirse en “lo que realmente son”. Nociones como autocontrol, autonomía, autoestima, darse cuenta el tipo de persona que uno es, entre otras, se vuelven formas de apelar a estas subjetividades centradas en el yo (Rose y Miller, 2008).

Los profesionales resaltan que determinados problemas pueden ser consecuencia de lecturas más o menos erróneas de la realidad que repercuten en una dificultad para *adaptarse al medio y ser funcional*. De algún modo, se presupone que hay una lógica racional que atraviesa tiempos, espacios y sujetos (Sahlins, 1976), donde los problemas surgen, en muchos casos, por carecer de determinados conocimientos o información para prevenirlos (Good, 1994). Entonces, se establece una relación particular entre los individuos y su entorno apelando a nociones como “selección”, “adaptación de la especie”, “leer bien el



medio”, entre otras. De esta forma, las creencias individuales en torno a distintos eventos tienen un papel central en el proceso terapéutico y, en este sentido, se apela a personas que se guían por cálculos, búsqueda de beneficios racionales y resuelven problemas contando con determinadas informaciones que, en muchos casos, provienen de saberes del campo científico y de la economía neoliberal.

En el caso de Argentina, hay estudios que analizan cómo se han ido modificando los modos de pensar la subjetividad a lo largo del tiempo y, en muchas ocasiones, se corresponde con las transformaciones en el ámbito laboral. A diferencia de otras épocas en las que predominaban modelos de subjetividad centrados en el mundo del trabajo (Svampa, 2005), este aspecto se modifica profundamente en la década de 1990 y principios de 2000 y comienza a caracterizarse por una creciente fragmentación en los modos de organización y de vínculos colectivos. De hecho, estas características centradas en el individuo se enmarcan en un contexto de retiro de las instituciones estatales a cargo del bienestar de la población. En cambio, el aumento de una lógica privada y empresarial como fuente de respuestas eficaces y concretas modela un tipo de subjetividad “privatizada” que debe hacerse cargo de ser “proactiva” y “resolutiva”. Estos imperativos atraviesan distintos sectores sociales dejando de lado que la capacidad de gestionar y resolver distintas experiencias de la vida cotidiana se encuentran delimitadas, entre otras cosas, por la posibilidad de tener un empleo, acceder a servicios privados o públicos de salud, educación, etc.

Esta noción de proactividad surge o adquiere mayor popularidad en nuestro país hacia finales del siglo XX cuando los estudios sobre comportamiento organizacional cambiaron sus concepciones sobre motivación y desempeño otorgando un rol activo al trabajador. Los empleados comenzaron a ser considerados hacedores de cambios y transformaciones y, en este escenario, fue surgiendo una nueva línea de investigaciones dentro de la psicología organizacional (Salessi y Omar, 2017). Esta noción, que luego se traduce a distintos espacios de la vida cotidiana, resalta el lugar activo y emprendedor que deben tomar los sujetos frente a actitudes pasivas y reactivas. Entre otras cosas, se concibe como un comportamiento centrado en el futuro (relacionado con la anticipación de oportunidades o problemas) y orientado a producir cambios (en uno mismo, en el contexto o en los demás). De hecho, distintos estudios sobre esta categoría señalan que se trata de una idea que se relaciona con palabras como “conducta”, “proceso”, “cambio”, “motivación” y “futuro” (Salessi y Omar, 2017). Pero, al mismo tiempo que la proactividad destaca la competencia y responsabilidad individual en conseguir los objetivos propuestos, invisibiliza

la multiplicidad de cuestiones sociales, económicas, culturales que intervienen, por ejemplo, al momento de buscar y conseguir un trabajo.

Desde las TCC, los contextos políticos, económicos y laborales son entendidos también como ambientes a los que hay que adaptarse, donde, en general, no se cuestionan las desigualdades y los procesos de precarización e inestabilidad. En cambio, en estos tratamientos está implícita una lógica en la que la proactividad y la necesidad de ser resolutivos al momento de padecer adquieren un lugar protagónico. En estos casos, los individuos tienen la obligación de trabajar sobre sí mismos y quienes no lo hacen o adquieren comportamientos pasivos ante los problemas se considera que no se comprometen (Rose, 2012). Siguiendo a Epele, esta privatización implica que prácticas y actividades llevadas a cabo por otras instituciones sociales (salud, trabajo, etc.) se desplazan e integran al terreno de las relaciones vinculares próximas. En este proceso se transfieren al dominio de la intimidad un conjunto tanto de tensiones, emociones y conflictos producidos en distintas áreas de la vida cotidiana como también la expectativa de reparación y resolución de aquellos (Epele, 2008: 299). Más aún, en el caso de las TCC, esta privatización se reduce a los sujetos como individuos aislados y centrados en sí mismos. Es decir, no hay una idea de red social o de vínculos que se hacen cargo de tareas antes llevadas a cabo por otras instituciones, sino que se enfatiza en una responsabilidad individual donde el foco está puesto en lo que “el sujeto pone de sí, se esfuerza y modifica”.

### **PROACTIVOS Y RESOLUTIVOS: HACER Y ENFRENTAR COMO TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSI**

O sea... el paciente entre una sesión y otra normalmente tiene que hacer tareas. Exponerse que tiene miedo a no sé qué... entonces el paciente evita eso, y se le enseña que si evita, el miedo aumenta. Entonces se le instruye para que pueda enfrentar la situación. Para enfrentar la situación, significa que tiene que ir a un lado que tiene miedo de ir o que suba el ascensor que tiene miedo de subir. La terapia cognitivo-conductual incorporó que el peso del tratamiento no está puesto solamente en la cuestión discursiva que ocurre en la sesión, sino también en que el paciente se ponga a trabajar... se pone a hacer todo el tiempo (testimonio de un psicólogo cognitivo-conductual).

El *hacer* se convierte en una categoría recurrente en los entrevistados al momento de destacar la particularidad de este abordaje psi. De acuerdo con los profesionales, esta noción forma parte de un proceso terapéutico signado por una serie de pasos estipulados de antema-

no que se suelen repetir más allá del motivo por el que se consulta. Interesa resaltar que analizar la centralidad otorgada al enfrentar y hacer como instancias fundamentales durante los tratamientos no implica plantear como salida ante un abordaje terapéutico una actitud pasiva o “reactiva”. En cambio, se trata de explorar cuáles son las implicancias de un énfasis excesivo en torno al hacer como sinónimo de exponerse a determinadas situaciones que generan malestar como condición para superarlas.

En primer lugar, el hacer en la perspectiva cognitivo-conductual está asociado con adoptar una postura activa y resolutiva ante los problemas o trastornos. De esta forma, se valora que los individuos se expongan, enfrenten, sean activos y trabajen en pos de resolver problemas, y esto implica, muchas veces, someterse a cuestiones que les generan, por ejemplo, temor, vergüenza o miedo con la intención de atravesar dichas experiencias. Frente a este imperativo vinculado al hacer, el dejarse estar, la pasividad, la falta de compromiso durante los tratamientos (vinculado al “no hacer”) se revisten de características negativas y nocivas para la búsqueda del bienestar y la resolución de problemas. Es en este sentido que se discute con la asociación inmediata de ciertas categorías con cuestiones reconocidas y valoradas socialmente, mientras que otras ocupan un lugar marginal. Por ejemplo, hay una distinción entre el bien y el mal que se alinea con la distinción entre lo activo y lo pasivo, la acción y la reacción, la razón y la emoción. Estas distinciones hacen que la actividad y pasividad se entiendan como propiedades de los cuerpos, entonces, las personas desafortunadas son emocionales, pasivas ante distintas situaciones de la vida y sufren (Ahmed, 2019).

En estas terapias basadas en la búsqueda de resultados a corto plazo, focalizar en lo que tiene que hacer el individuo concentra la posibilidad de cambios durante el tratamiento en la “voluntad” y el esfuerzo personal. Así, las personas deben desarrollar habilidades, prácticas, ensayos de prueba y error con el fin de superar los problemas por los que consultan y alcanzar los objetivos propuestos.

Claramente las terapias cognitivas se interesaron por los problemas reales. La pregunta del psicoanálisis: ¿qué se esconde detrás del síntoma? El síntoma es una manifestación de un conflicto interno... mentalismo, ¿no? entonces la persona tiene ideas de suicida. 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. El paciente se quiere suicidar. Entonces... podés pecar de extraño con lo que estás diciendo, pero en realidad tu pregunta es otra. Empezás a pensar intervenciones

para el problema. No sobre las relaciones tempranas con el papá, por ejemplo. No está pensando eso, entonces cuando hablamos basados en la evidencia, en depresiones, cuántos días menos de cama, cuántos días más el paciente trabaja, cómo son sus relaciones de intimidad. Son siempre variables cuantitativas. Si consigo reducir el número de días que un paciente pasa en la cama... yo que soy terapeuta, te diría para mí es un factor importante. Un psicoanalista te va a decir: "Bueno, hay que ver cómo está fuera de la cama o... se arboriza por otro lado". No, no, es otro tipo de discusión que yo no... no, suicidio es un dato muy concreto, no hay posibilidades de problematizar cómo está despierto o cómo está viviendo la vida que vive. Te interesa o no que la gente no se mate (testimonio de un psicólogo cognitivo-conductual).

Asimismo, las constantes referencias al hacer desde lo cognitivo-conductual buscan discutir con otros abordajes psicológicos como el psicoanálisis. Como ha sido mencionado anteriormente, el surgimiento de las TCC en la 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. Entonces, cuando los entrevistados hablan de pensar "intervenciones para el problema" en lugar de "hablar de las relaciones tempranas con tu papá" o de explorar "qué se esconde detrás del síntoma", lo que buscan es diferenciarse y establecer una serie de particularidades que distinga estas terapéuticas de otros abordajes psi.

A diferencia de la tradición psicoanalítica donde predominan tratamientos que localmente se denominan trabajar o tratar con la palabra y se caracterizan por una descripción y un análisis en detalle del hablar de los pacientes (Epele, 2016), los profesionales cognitivo-conductuales resaltan el hecho de abordar temáticas puntuales y del presente en lugar de hablar de la historia del paciente. Más aún, las palabras quedan reducidas a un puente que conecta aquello que se piensa con lo que se hace y se puede formular en términos de un problema delimitado (Del Monaco, 2019). En palabras de una profesional: "La terapia cognitiva empieza a trabajar en el nivel del pensamiento. ¿Qué pensaste? ¿Qué sentiste?... ¿qué hiciste?". Este tipo de abordaje implica que al llegar a la consulta se formulan los motivos que llevan a ella de manera precisa con límites concretos. O, como señala otro entrevistado, "uno le pregunta al paciente qué objetivos tiene en la terapia". Estas afirmaciones visibilizan que se parte de modelos de subjetividad donde las personas saben cómo se sienten (Ahmed, 2019) y que esa conciencia de lo que les sucede les permite formular de manera concreta y específica lo que quieren trabajar y resolver.

Partir de sujetos que llegan con un problema o lo pueden formular en las primeras sesiones de la terapia implica pensar en subjetividades determinadas, focalizadas y puntuales. Es decir, una vez que se plantea el problema y se siguen los pasos en pos de alcanzar los objetivos propuestos, este individuo se convierte, de algún modo, en un problema en sí, particularizado y sectorizado.

Y cada uno viene con un objetivo: “Che, quiero... tengo poca vida social, quiero tener más amigos”. “Che, me agarro a las piñas con mi pareja.” No sé... “No puedo dormir, siento taquicardia.” “Tengo problemas de ira.” “Consumo sustancias y no puedo parar.” Cada uno tiene su objetivo y si no hay objetivos cuando terminamos la sesión es: “Ok, andá a pensar cuáles son los objetivos que te gustaría trabajar, yo voy a pensar y la próxima nos sentamos y vos traés tus objetivos, yo traigo los que pensé”, ¿no? (testimonio de un psicólogo cognitivo-conductual).

En general es a problemas. Vos llevás un problema o una queja, y la queja se debe transformar en un problema a resolver. De lo que se trata la terapia es ayudar a la persona a resolver el problema. Lo que pasa que tenés clusters de problemas muy concretos. Y ese tipo de problemas la terapia cognitiva y la conductual ha abordado más cosas que tienen ese corte de concretud, digamos... (testimonio de un psicólogo cognitivo-conductual).

Esta centralidad que adquiere el problema recorta un aspecto de la persona y lo convierte en protagónico durante un tiempo determinado (hasta que se solucione). Sin embargo, en estas búsquedas se apunta a cuestiones específicas, fragmentos que interesa trabajar y resolver. En este sentido, se observa que en el incremento de distintas psicoterapias se establece una cultura psicológica a través de la cual el individuo se toma a sí mismo por objeto y fin exacerbando el individualismo. Se trata de técnicas a través de las que se busca mejorar y ampliar capacidades teniendo como finalidad ser más productivos (Castell, 2012).

Teniendo en cuenta que las TCC retoman e imitan distintas características del modelo biomédico, esto se ve reflejado, por ejemplo, en el modo de concebir el inicio y final de una terapia. En el caso de la biomedicina, el modo de abordar padecimientos sigue una estructura que se inicia con la definición de un diagnóstico, establecimiento de pautas y tratamientos que buscan aliviar o mejorar dicho malestar (Good, 1994). Desde lo cognitivo-conductual, los objetivos planteados también se deben resolver en un periodo determinado de tiempo y, entonces, el final de la terapia se plantea una vez que se resuelve ese

problema. Incluso, los profesionales hablan de *terapias manualizadas* porque deben cumplir y respetar protocolos y modos de abordar los tratamientos más allá de los distintos problemas (Del Monaco, 2019). De todas formas, interesa resaltar que la duración de las terapias puede variar y/o modificarse ya que depende de la complejidad de los motivos por los que se consulta.

El paciente por más que piense todo lo que piense, sin embargo, está tirado en la cama. Entonces ahí es donde dicen: bueno, agreguémosle al tratamiento de la depresión aparte de toda la reformulación cognitiva lo que es entrenamiento conductual. Entonces lo mandás a hacer... ponele, gimnasia, que vaya a cocinar... ¿sí?, que haga una tarea diaria donde vos lo sacás. Eso no es que vos le decís que piense, vos le decís que lo haga. Entonces ahí estás interviniendo sobre la conducta más que sobre el pensamiento. Te doy un ejemplo tonto, de los adolescentes: “Ay, quiero salir con ese pibe”. Bueno, no le atiende el teléfono. “Si vos no le atendés el teléfono, ¿cómo carajo querés que el pibe se dé cuenta de que vos querés salir con él?” “Si cuando salís con él te ponés lo peor que tenés en tu casa... El pibe no...” (testimonio de una psicóloga cognitivo-conductual).

En estas sociedades atravesadas por ideas que relacionan el “trabajar mucho” como una condición para tener “un buen empleo”, “vínculos sanos”, bienes, estudios, entre otras cosas, Lorey (2016) resalta que el esfuerzo como aspecto fundamental para “ser alguien” está asociado con una moralidad positiva. Las técnicas de sí como formas de gubernamentalidad apelan a sujetos de acción que son capaces de estar en condiciones de conducirse a sí mismos, de regularse, de aprender a tener un cuerpo que se cuida, es decir, se trata de subjetividades que deben desarrollar determinada relación consigo mismas. Esta forma de concebir la relación del sujeto con su entorno centrada en el individuo como gestor y responsable de sí es analizada por distintos autores a través de nociones como empresarios o empresas de sí, sujeto emprendedor (Harvey, 2007; Foucault, 2008; Rose, 2012), entre otras. Más allá de las denominaciones, se apunta a sujetos responsables que, de a poco, terminan siendo responsabilizados si no alcanzan las metas propuestas. Como dicen distintos entrevistados: “Podemos hablar, pero en algún momento hay que ir a la cancha y enfrentar lo que pasa o, el compromiso del paciente, voluntad... esto lo aclaramos de entrada, es una terapia de compromiso donde él va a trabajar mucho”.

De esta forma, el hacer en estas psicoterapias tiene implícita la idea del “vos podés” como estímulo para alcanzar las metas propuestas al comienzo del tratamiento. Esta política del hacer y enfrentar

como imperativos ante las distintas eventualidades, experiencias o circunstancias forma parte de un contexto más amplio donde ser proactivos se considera un valor reconocido asociado con asumir conductas activas ante distintas adversidades.

Ir nos abre una puerta, es un experimento. Generalmente cuando el paciente, viste, se expone al principio siempre hay una cuota de temor y malestar. Lo que empieza a descubrir a medida que se expone es que esa cuota de malestar y de terror se reduce, va bajando a medida que vos te exponés y te comprometés a hacer lo que temés. Eso es una constante... muy firme y registrada por cualquier investigación que se ha hecho desde los cincuenta hasta la fecha. Mejora porque no solo va viendo que está con menos sufrimiento sino que comienza a sentir que se empieza a dirigir hacia donde quiere, aunque haya sufrimientos. Frankl decía: "Quien tiene un buen para qué, eso soporta cualquier cómo". Si vos tenés un buen sentido, hay... bueno, te bancás cualquier cosa, incluso a nivel sufrimiento, si tiene para vos un sentido. Entonces a veces los terapeutas cognitivos buscamos mucho esto, ¿no?, de poder superar el escollo a veces de un sufrimiento que te paraliza... un malestar que te traba de hacer algo... tratando de que el paciente pueda elegir la exposición aunque genere un malestar, porque es un malestar que tiene sentido, diferente al malestar sin sentido (testimonio de un psicólogo cognitivo-conductual).

No obstante, esta exaltación al hacer y al enfrentar como experimentos, en los que se dice que está comprobando empíricamente que al final del camino ese malestar disminuye, deja de lado las complejidades y dificultades que involucra realizar determinadas prácticas como parte del proceso terapéutico. En este sentido, Sara Ahmed analiza que a menudo se suele considerar que alentar es una acción generosa que intenta potenciar las capacidades de alguien. Sin duda, alentar puede ser dar fuerzas. Pero también puede ser forzar. Cuando nos alientan a algo, esto puede significar que se nos direcciona hacia lo que otra persona quiere. La generosidad de aliento puede ocultar el acto coercitivo del direccionamiento (Ahmed, 2019: 101). El análisis que esta autora realiza en torno a prácticas que pueden proveer cierta felicidad al final del recorrido se puede retomar para pensar el enfrentar como parte fundamental de estas psicoterapias, dejando de lado la multiplicidad de eventos que pueden intervenir en, por ejemplo, tener miedo a viajar en subte o en avión.

Es eso lo que quiere decir funcional. Que no interfiera con llevar adelante la vida que vos querés de acuerdo a tus valores y me-

tas. No podemos decir a los pacientes lo que tienen que hacer, tenés que ayudarlos a que vivan acorde a sus valores. Entonces si el tipo... suponete, yo tengo pacientes con ansiedad social... que, digamos, se ponen muy ansiosos de hablar con mujeres. A mí me da lo mismo que hablen o no hablen, pero son ellos los que quieren hablar. Entonces la inhibición se define en términos de los valores y la meta del paciente (testimonio de un psicólogo cognitivo-conductual).

Desde la perspectiva del profesional entrevistado, existiría una búsqueda del paciente en torno a alcanzar ciertas metas y objetivos. Esta centralidad en el individuo como quien decide realizar determinada terapia y solucionar problemas invisibiliza que en esa capacidad de gestión y de autonomía se esconden imperativos sociales, vinculares, laborales y prácticas con mayor o menor valoración social/moral al momento de relacionarnos con otros. Siguiendo a Berlant (2007), es necesario visibilizar que hay categorías como subjetividad, hacer, enfrentar que aparentan circunscribirse a la agencia del individuo pero que, en realidad, están atravesadas por nociones normativas. Entonces, plantear que los individuos “libres” eligen lo que quieren hacer y establecen pautas para cumplir con determinados objetivos omite que hay exigencias socialmente reconocidas en torno al “estar bien” y cuestiones normativas que modelan ese hacer y establecen como una necesidad sobreponerse a situaciones que nos suceden y generan malestar.

### **EMPRESARIOS DE SÍ: LA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL DE “SALIR DE AHÍ”**

Yo les digo siempre a mis pacientes: “Preguntame qué logramos hacer, en qué me vas ayudar, no me preguntes por qué...”. Este es un paradigma donde uno busca mucho cambiar en términos individuales, donde estás apostando mucho a que vos sos el constructor de tu propia realidad..., sabiendo que yo tengo un límite, pero esa es la idea... Entonces si vos sos el constructor de tu propia realidad... desde vos se pueden cambiar algunas cosas, para que la realidad cambie. Que no es basarte en el sistema. El terapeuta cognitivo conductual te dice: “Vos estás ahí porque vos querés”. O sea... más allá que el sistema te quiso poner ahí... vos una vez que te pusiste, te quedaste. Vos podés salir... vos no sos el único que la pasó, todos la hemos pasado y todos la vamos a volver a pasar. Entonces hay un punto en el que hay que ver qué tenemos que cambiar de tu actitud para que esto no se profundice. Y no. Vos no podés cambiar el sistema económico mundial (testimonio de una psicóloga cognitiva-conductual).



Los crecientes procesos de individualización se visualizan en distintas esferas de la cotidianeidad de las personas. El ámbito de la salud no es una excepción. A partir del relato de la profesional, se ve que hay una ideología que interpela a los sujetos a *salir de ahí, cambiar, construir la propia realidad*, entre otras cosas.

En estos casos, las cuestiones macroestructurales como las transformaciones sociales, económicas, políticas que producen desocupación, incertidumbre, privatización de empresas, competencia entre sujetos, etc. quedan relegadas a un lugar secundario exaltando la capacidad de agencia y responsabilidad del individuo. En palabras de Harvey (2007), el Estado disminuye su participación en esferas como la salud, la educación y los servicios sociales, y esta lógica deriva de un pasaje de esa responsabilidad estatal al ámbito privado e individual. Entonces, los éxitos o fracasos pasan a ser interpretados en términos de virtudes empresariales o de fallas personales. De esta manera, la imposibilidad de los sujetos de hacer frente a determinadas cuestiones ya no tendrá que ver con una disminución de los recursos del Estado, sino con una responsabilidad propia e individual (o falta de ella) en gestionar bien sus recursos, decidir y elegir responsablemente entre las opciones posibles qué es lo mejor para sí. En el caso de las instituciones de salud y los procesos de enfermedad, se trata de traducir y privatizar esa gestión de malestares a los individuos. Como señala una profesional, “es ver los pensamientos recurrentes, está el que se quejó todo el tiempo de que la vida lo engañó como si él no tuviera que ver en nada de lo que le pasa. Es decir, se trata de individuos que deben estar atentos a sus cuerpos y a las actividades necesarias para lograr la funcionalidad con el medio”.

A mí me gusta eso especificarlo de entrada, ¿no? “Che, depende de cuánto vos pongas que vamos a avanzar. Te recomiendo hacer una lista de cosas que controlamos y cosas que no” o “Te mando a que... no sé, si te da miedo ir al subte, que te acerques hasta la esquina. Que después vayas hasta la boca, que después bajas...”. Y vos lo vas haciendo... y probablemente avancemos mucho más. Pero si yo te recomiendo hacer cosas y venís a la otra sesión y no avanzás... y venís a la otra sesión y no avanzás... Podemos entenderlo y hacer un cambio pero no vas avanzar tanto como el que sí va hacer la tarea, ¿no? El que sí se pone a escribir, el que hace el autorregistro e identifica dónde va sintiendo ansiedad (testimonio de un psicólogo cognitivo-conductual).

Las distinciones entre aquellos “que hacen la tarea, se ponen a escribir” y quienes “no avanzan” y “no hacen” establecen, casi automáticamente, la correlación entre el hacer y avanzar como aspectos que

se dan de manera conjunta. De esta manera, las pautas dadas por los profesionales durante el tratamiento están revestidas de una especie de mandato y promesa ya que se espera que cumpliendo con las tareas prescritas se alcancen los objetivos propuestos. Incluso, como se mencionó en el apartado anterior, esta premisa es justificada apelando a estudios e investigaciones que certifican empíricamente la importancia de enfrentar como herramienta para disminuir problemas.

La vida se privatiza, se vuelve al ámbito individual y los modos de gestionar padecimientos se reducen a sujetos que deben desarrollar un compromiso y una voluntad con lo que les sucede para resolverlo de la mejor manera posible. Este llamado a la responsabilidad individual trae implícitamente que no se debe ayudar a quien no se ayuda a sí mismo (Castell, 2012). Es decir, la centralidad que adquiere el individuo como quien debe emprender, realizar cambios, ser activo, adoptar una postura positiva ante la vida, entre otras cosas, genera, al mismo tiempo, que no desarrollar habilidades y comportamientos orientados a obtener resultados que solucionen el problema se reduzca a una decisión individual. En este sentido, las articulaciones entre este abordaje psi, el contexto neoliberal y las formas de resolución de malestares adquieren una centralidad y visibilidad necesarias de ser problematizadas que, aparentemente, aparecen ocultas detrás de resaltar a los sujetos como emprendedores que gestionan y resuelven. Siguiendo a Epele, este proceso de retiro a lo individual y de privatización de lo público a lo íntimo supone no solo una reestructuración de las prácticas y funciones de instituciones estatales y no estatales, sino también una reformulación de los espacios sociales, haciendo de la intimidad uno de los últimos refugios para la resolución de múltiples tensiones, conflictos de la historia de vida y de la cotidianidad (Epele, 2008: 309). Esta privatización de la responsabilidad por el curso del malestar invisibiliza las múltiples variables que atraviesan tanto el surgimiento de padecimientos como las formas de resolución de estos. Es por eso que desde este trabajo se analizó cómo, en estas tecnologías psi, el hacer se convierte en una política sobre los cuerpos destinada a reducir al ámbito individual de la acción el modo de resolver malestares que surgen en contextos y situaciones determinadas. En cambio, concebir al sujeto como un individuo que se debe comprometer y poner voluntad al momento de abordar una problemática psi despliega las tensiones sobre los cuerpos esperando que sean estos quienes las resuelvan.

De esta forma, la promesa del bienestar a partir de las acciones, las habilidades, los comportamientos y los cambios de actitud que desarrolle el individuo omite las múltiples variables que intervienen

al momento de realizar un tratamiento. Como señala el concepto de biopoder, no hay una soberanía corporal o individual actuando deliberadamente sobre los cuerpos porque la salud en sí misma se puede ver como un efecto secundario de una normativa exitosa (Berlant, 2007). En este caso, de algún modo, el planteo universaliza a las personas y a la posibilidad de que los resultados al enfrentarse sean los mismos más allá de las subjetividades implicadas en ese proceso.

### **ALGUNAS PALABRAS FINALES**

“Ponele onda”, “vos podés”, “pensá en el resultado”, “hacete cargo” parecen ser frases recurrentes que atraviesan distintos ámbitos de la vida. En algunos casos, aparecen revestidas de cierta connotación que es valorada socialmente por asociarse con estímulos hacia otras personas que padecen temores, incomodidades, miedos, etc. El análisis realizado permite concluir que, en las TCC, los imperativos en torno al hacer y enfrentar como partes del proceso terapéutico están atravesados por un tipo de políticas sobre los cuerpos que asocia determinadas prácticas y comportamientos con “lo activo”, la búsqueda de resultados, el querer estar bien e, indefectiblemente, establece binarismos que reducen sus opuestos a un lugar marginal y poco reconocido socialmente. Tener actitudes pasivas, no hacer la tarea, no exponerse a lo que genera malestar termina siendo responsabilidad del sujeto devenido individuo autónomo, que gestiona los distintos ámbitos de su cotidianeidad de la manera más racional y objetiva posible. Es decir, se apela a individuos que llegan a las consultas muy conscientes de sus problemas al punto de poder delimitarlos y definirlos de manera específica y particular. Más aún, durante el proceso terapéutico este problema se va a transformar en un objetivo a resolver y, en este sentido, se analizó cómo a través de esta lógica se tiende a reducir a los sujetos a fragmentos y problemas puntuales. En palabras de un profesional, “venís con un problema y una vez que se resuelve podemos seguir con otro”. Sin embargo, concebir la terapia en términos de problemas a resolver corre el riesgo de dejar de lado otras cuestiones que atraviesan la subjetividad y que pueden intervenir en los modos de resolución de los malestares.

Por último, en este centramiento en el individuo por alcanzar los objetivos propuestos se pierden de vista los otros, las posibilidades de redes, de modos más colectivos de gestionar y de acompañar malestares. Desde el momento en que la resolución pasa a estar a cargo de la persona y que, más aún, se exalta determinada actitud proactiva y resolutiva ante las cosas, se dejan de lado otras posibles formas de concebir, abordar y tratar las dolencias —devenidas trastornos o problemas— más allá de la cuestión individual.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, S. (2019). *La promesa de la felicidad. Una crítica cultural al imperativo de la alegría*. Buenos Aires: Caja Negra.
- Berlant, L. (2007). Slow Death (Sovereignty, Obesity, Lateral Agency). *Critical Inquiry*, 33, 754-780.
- Castell, R. (2012). *El ascenso de las incertidumbres: trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires: La invención del psicólogo (1942-1966)*. Buenos Aires: Paidós.
- Del Monaco, R. (2019). “Ir al punto”, definir plazos y objetivos: tiempos y palabras en los tratamientos cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina. *Runa. Archivo para las Ciencias del Hombre*, 40(1), 65-82.
- Epele, M. (2008). Privatizando el cuidado. Desigualdad, intimidad y uso de drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina. *Antípoda*, 6, 293-312.
- (2016). El hablar y la palabra: psicoterapias en los márgenes de Buenos Aires. *Antípoda*, 25, 15-31.
- 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*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Foucault, M. (2008). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- 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.
- Harvey, D. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal.
- (2017). *La condición de la posmodernidad: Investigación sobre los orígenes del cambio cultural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hofmann, S. (2012). *An Introduction to Modern CBT: Psychological Solutions to Mental Health Problems*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Keegan, E. (2007). *Ensayos de terapia cognitiva*. Buenos Aires: EU-DEBA.
- (2012). La salud mental en la perspectiva cognitiva conductual. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XX, 52-56.

- Kessler, G., Di Virgilio, M. (2008). La nueva pobreza urbana: dinámica global, regional y argentina en las últimas dos décadas. *Revista de la Cepal* 95, 31-50.
- 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.
- Korman, G., Viotti, N. y Garay (2010). Orígenes y profesionalización de la terapia cognitiva. Algunas reflexiones sobre la configuración del campo psi en Buenos Aires. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX(2), 141-150.
- Lorey, I. (2016). *Estado de inseguridad: Gobernar la precariedad*. Buenos Aires: Traficantes de Sueños
- Murillo, S. (2013). La estrategia neoliberal y el gobierno de la pobreza. La intervención en el padecimiento psíquico de las poblaciones. *Voces en el Fénix*, 22 de marzo.
- Pinker, S. (2012). *La tabla rasa: La negación moderna de la naturaleza humana*. Barcelona: Paidós.
- Plotkin, M. (2003). *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Sudamericana.— (2013). Historia y psicoanálisis. Encuentros y desencuentros. *CulturasPsi/PsyCultures*, 1, 25-44.
- Plotkin, M. y Visacovsky, S. (2007). Saber y autoridad en las intervenciones de los psicoanalistas en torno a la crisis en la Argentina. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, 18, 11-27.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE, Editorial Universitaria.
- Rose, N. y Miller, P. (2008). *Governing the Present: Administering Economic, Social and Personal Life*. Cambridge: Polity Press.
- Svampa, M. (2005). *La sociedad excluyente: La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Buenos Aires: Taurus.
- Sahlins, M. (1976). *Cultura y razón práctica: Contra el utilitarismo en la teoría antropológica*. Barcelona: Gedisa
- Salessi, S. y Omar, A. (2017). Comportamientos proactivos en el trabajo: una puesta al día. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 9(3), diciembre, 82-103.
- Thagard, P. (2010). *La mente: Introducción a las ciencias cognitivas*. Madrid: Katz.
- Vezzetti, H. (1996). *Freud en Buenos Aires*. Bernal: 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.
- (2008). Estudios sobre “clase media” en la antropología social: una agenda para la Argentina. *Avá. Revista de Antropología*, 13, 9-37.
- (2009). La constitución de un sentido práctico del malestar cotidiano y el lugar del psicoanálisis en la Argentina. *Cuicuilco: Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, 16(45), 51-78.
- (2012). Experiencias de descenso social, percepción de fronteras sociales e identidad de clase media en la Argentina post-crisis. *Pensamiento Iberoamericano*, 10, 133-168.