

¿Gobernándose por el Discurso Terapéutico “Experto”?: Discursos “Expertos,” Prácticas y Contra-Prácticas Terapéuticas Visitados en seis Contextos

Tom Strong, Monica Sesma-Vázquez, Karen Ross, Tanya Mudry,
Emily Doyle y Barbara Pickering
Calgary, AB, Canada

Resumen

La evidencia de que existe un “régimen terapéutico” operando en diversos contextos clínicos puede ser apreciada fácilmente; sin embargo, este régimen no sería posible sin un discurso diagnóstico que sancione su implementación. En este artículo, cada uno de los autores examinamos en distintos contextos de terapia cómo el discurso diagnóstico del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales- Quinta Edición (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) se ha erguido como un lenguaje único y particular para entender y “reglamentar” las problemáticas humanas. A través del lente de Foucault y su concepto “gobernar”, revisamos las siguientes prácticas asociadas con el uso del DSM-5: i) como una forma de identidad de los estudiantes universitarios, ii) como un medio para entrenar a la siguiente generación de terapeutas, iii) como parte del discurso que organiza las interacciones y los entendimientos de las familias, iv) como una excusa para justificar la medicación de las “conductas excesivas”, v) como un lenguaje oficial e institucional que coordina las prácticas de un centro de atención a adicciones, y vi) como una forma de gobernar el pensamiento y prácticas oficiales en correccionales, con mujeres encarceladas y post-encarceladas. Dentro de estos seis contextos, cada uno de nosotros compartimos diversas contra-prácticas para retar el uso dominante del DSM-5.

Key Words: *diagnóstico, diálogo y prácticas colaborativas*

La muerte de una cultura empieza cuando sus instituciones normativas fallan en comunicar sus ideales en una forma que se mantenga internamente congruente. (Rieff, 1968, p.18).

Entendemos que homogeneizar el discurso de la salud mental es una manera de legitimizar el sufrimiento humano y un medio para dictar cómo aliviarlo. Sí vivimos en una era biopolítica, como lo sugiere Thomas Lemke (2011), es porque la sociedad contemporánea ha puesto su fe en el conocimiento biomédico. Este representa una forma de sobreponerse a aquello que nos amenaza, nos aflige, nos lastima, o se interpone en el camino de nuestras cambiantes ambiciones. El discurso de la salud mental no solo describe la problemática humana, lo hace de manera que guía a los profesionales hacia una particular acción medicalizada. Este discurso falla en comunicar congruentemente las ideas culturales que Rieff menciona previamente. Tal discurso, para Foucault (2008a), representa una base patológica que opera para *governarnos*, a nosotros mismos y a los demás.

Frank Furedi (2004) advierte sobre la aparición de una “cultura terapéutica” en donde las personas exponencialmente entienden y viven sus vidas a través del discurso terapéutico experto.

Los términos de ese discurso promueven una preocupación hacia la vulnerabilidad y la deficiencia que, de acuerdo con Ken Gergen (1990), invitan al debilitamiento y la enfermedad. El discurso terapéutico de los expertos occidentales ha tenido éxito en una escala global, reemplazando tradiciones culturales de entendimiento y respondiendo a la problemática humana con explicaciones provenientes del DSM y sus tratamientos basados en evidencia (de Vos, 2012; Watters, 2010). El discurso psiquiátrico, como Ian Hacking (1999, 2006) ha demostrado, requiere un nicho histórico-cultural en el cual crecer. Críticos como Furedi (2004) e Illouz (2008) recalcan que las personas toman este discurso entusiastamente para responder a varias problemáticas y aspiraciones.

Una lógica particular al trabajo con el discurso de la “governabilidad” (en el sentido de Foucault), es manejar la vida de los demás usando un discurso terapéutico experto. A su vez, este conocimiento no termina con los profesionales de la salud mental. Está disponible al público que busca aplicar tal lógica y el discurso terapéutico experto en sus propias circunstancias (ej., Giles & Newbold, 2011). Esta lógica también encuadra en los algoritmos computarizados usados para los servicios de salud mental gobernantes (Steiner, 2012). La lógica sugiere que la problemática humana puede ser correctamente nombrada y atendida (o tratada), y esa lógica no ha parado con los profesionales de la salud mental ni con las instituciones para las que trabajan. Ahora, por ejemplo, las personas asertivamente se definen y viven bajo un entendimiento psiquiátrico que ellas mismas han conceptualizado (Charland, 2004), y cada vez más miembros de familia se diagnostican los unos a los otros (Lewis-Morton, Dallos, McClelland, & Clempson, 2014) e interactúan de acuerdo a ese diagnóstico. Parece que cada vez más las personas se gobiernan a sí mismas y a otros a través de este discurso terapéutico experto.

No hay escapatoria a este discurso; lo que importa es lo que el discurso permite o restringe en términos de las posibilidades humanas (Martin & Sugarman, 1999). Nosotros presentamos inicialmente estas ideas sobre el discurso terapéutico experto en el taller “Más allá del régimen terapéutico”, en el marco de una conferencia del Instituto Taos en Drammen, Noruega, en el 2014. Lo que en este manuscrito estamos compartiendo ahora son algunos aspectos de dicha presentación. De ese modo, el objetivo de este artículo es examinar cómo: i) las personas se identifican en formas asociadas a diagnósticos de salud mental; ii) las conductas “excesivas” son medicadas; iii) los miembros de la familia interactúan entre ellos mismos en base a su entendimiento diagnóstico de los otros miembros; iv) las instituciones de salud mental gobiernan la práctica de una forma pre-establecida; v) los miembros en el sistema correccional son frecuentemente organizados en base a sus diagnósticos y vi) las nuevas generaciones de terapeutas son entrenados en prácticas influenciadas por el conocimiento psiquiátrico. Finalmente, en este artículo también subrayamos diversas *contra-prácticas*, en lo que unos han llamado un crecimiento del estado (del conocimiento) terapéutico (cf. Epstein, Duda, & Weisner, 2013).

¿Gobernándose a Sí Mismos y a los Demás?

El estado no es otra cosa que el efecto de un régimen de múltiples gobernabilidades. (Foucault, 2008b, p. 77)

En sus últimas conferencias, Foucault (2008, de sus conferencias de 1982-1983) se enfocó a examinar cómo el miedo y las aspiraciones de una sociedad se ven *descritas* en el discurso que

prescribe cómo uno debe vivir y lo que debemos esperar del otro. Siguiendo esta línea de pensamiento, podemos apreciar cómo el discurso terapéutico experto prescribe cómo las escuelas, los sistemas correccionales, centros de tratamiento y los medios deben ser *gobernados*. Dentro de estos contextos, podemos encontrar ejemplos a lo que Foucault (1997) se refería como “tecnologías del yo”: formas de gobernarse de acuerdo al conocimiento experto. Gobernarse, para Foucault (2008b), ocurre cuando un número de “governabilidades” pueden verse como entendimientos particulares (usualmente no cuestionados), normas, lógicas y prácticas para hacer/dar “lo mejor”.

Mitchell Dean (2013) sugiere que la gobernabilidad opera en la intersección de los poderes pastorales y regulatorios. El poder pastoral viene desde la religión pre-moderna. Opera a través de la fe que las personas otorgan a lo que ellas creen que hará su vida mejor. Tal fe se va desarrollando en prácticas sociales ritualizadas que buscan proteger de terribles consecuencias o garantizar una forma de vida valiosa o virtuosa (Sloterdijk, 2013). El poder moderno regulatorio es el poder que las personas rechazan que tenga alguna conexión con lo virtuoso o lo valioso (La Taur, 2010). Representa un poder que es ejercido mediante formas mecánicas y burocratizadas, que responden a centros y procesos de cálculo y gobernanza. A través de los contextos que examinamos, la gobernabilidad se traduce en formas esperadas, de acuerdo a cómo estos contextos particulares son entendidos y actuados por las personas dentro de ellos. Algunas veces, como Foucault (2008a) señala, es ahí cuando las virtudes de las personas se convierten en vicios- por ejemplo, donde la alabanza cultural a la delgadez se traduce en un desorden alimenticio. Sin embargo, coincidiendo con la mayoría de las gobernabilidades, se pueden encontrar contra-entendimientos y contra-prácticas de forma intencional o no.

El estado terapéutico ha adoptado lo que Nikolas Rose llama un “psi-complejo”. Una forma de entender y responder a la problemática humana usando términos, lógicas y prácticas psiquiátricas. La cita previa de Foucault sugiere que tal estado requiere de diferentes gobernabilidades- que sean “móviles”. Nosotros estudiamos cómo el discurso terapéutico experto y sus prácticas se han movilizadas y pueden entretenerse con las interacciones de las personas, sus entendimientos y expectativas en distintos contextos, creando lógicas consistentes con el estado terapéutico en estos espacios. Para cada escenario, se propone un término que ayuda a identificar cada gobernabilidad en ese contexto, dado que implica una forma de organización lógica. Consideramos también cómo actualmente las personas en estos contextos actúan de una forma que es inconsistente con el estado terapéutico. Buscamos dar especial énfasis a los entendimientos, prácticas y contra-prácticas inmiscuidas en actuar (o evadir) el estado terapéutico a través de los seis distintos contextos. Vamos a empezar por reflexionar cómo los estudiantes universitarios llegan a identificarse mediante el discurso terapéutico experto.

Contexto I. ¿Una Crisis de “Salud Mental” en el Campus Universitario?

Una historia es una contribución creíble a la identidad de una persona siempre que posea el peso suficiente. El criterio del peso sostiene la idea de que las narrativas que construyen la identidad se tejen alrededor de los acontecimientos en la vida de las personas que ellos, o el resto de nosotros, le damos mayor importancia. (Lindemann Nelson, 2001, p. 96)

En los Estados Unidos de Norte América, hay un foco rojo encendido en torno a una evidente “crisis de salud mental” entre los estudiantes universitarios (Lunau, 2012). Tras varios suicidios, el presidente de la Universidad de Cornell describió estas muertes como “la punta del iceberg, un indicio de un espectro mucho más grave de problemáticas de salud mental enfrentadas por muchos en nuestro campus y en otras sedes” (Skorton, 2010, para. 4). Una campaña reciente de la Asociación de Salud Mental Canadiense, “Mentes Sanas/Campus Sanos” (2015), promovía la salud mental y “reducir el uso riesgoso de sustancias”, mientras otra provincia canadiense recientemente asignó 9 millones de dólares a tres universidades para atender preocupaciones en la salud mental y el abuso de sustancias (Monforton, 2013). Así, pues, la mirada sobre los alumnos universitarios a través de los lentes del discurso terapéutico experto y la invitación a identificarse en términos psiquiátricos o de “salud mental” ha aumentado considerablemente.

En el marco del discurso psiquiátrico, preocupaciones emocionales se convirtieron en déficits o discapacidades diagnosticables, requiriendo tratamiento psiquiátrico o psicológico. Más ampliamente, lo que antes eran solo preocupaciones ahora son estados de salud mental diagnosticados que sirven de argumento para proyectos neoliberales enfocados en el auto cuidado y el mejoramiento individual (Illouz, 2008). El discurso psiquiátrico suministra los recursos lingüísticos que influyen en la identidad- ejemplos de “retórica de la auto-construcción” (Battaglia, 1995). Nuevos tipos de personas- nuevas formas de entender, experimentar y ser una persona- vienen de tomar tales “recursos” o clasificaciones psiquiátricas, lo que Ian Hacking (2006) llama el “efecto de bucle”: nuestra forma de considerar y luego “ajustar” a una clasificación. A través de complejas interacciones de clasificaciones, personas, instituciones, conocimiento y expertos, las implicaciones para la identidad de las categorías diagnósticas se han convertido en blancos móviles reflexivos y fugaces.

La adolescencia y la adultez temprana se han considerado por mucho tiempo como momentos sumamente relevantes para la construcción de la identidad (ej., Erikson, 1963; Habermas & Bluck, 2000). McAdams y Janis (2004) sostienen que entrando a la adultez “las personas empiezan a armar su vida en historias autodefinidas” (p. 161) Las historias de los jóvenes les ayudan a mantener un sentido de auto-continuidad a través del tiempo, estableciendo lo que los hace únicos y lo que es normal, adquiriendo una agencia personal en el mundo (Bamberg, 2011). Los recursos interpretativos del discurso psiquiátrico pueden ser reclutados para navegar en tales dilemas.

En el sitio *RightByYou.ca*, por ejemplo, un estudiante (“Joshua”, 2014) explica que, al empezar la universidad, “su vida se encontró en una espiral descendiente más rápido de lo que [él] podía imaginar” (para. 2). Encontró que se “bloqueaba” cuando se acercaba un examen por preocuparse demasiado. Él comenta: “Yo... lo descarté como estrés por los exámenes; ahora que lo veo atrás, yo sé que era mucho más que eso” (para. 2). Joshua fue diagnosticado con trastorno de pánico – una “llamada de atención”, pues antes el desconocía el diagnóstico. La historia de Joshua le ayuda a preservar una continuidad del *yo* a través del tiempo y los cambios. Se construyó a sí mismo como una persona que ha sobrellevado un trastorno de pánico por mucho tiempo, pero aún no conocía la causa de su experiencia.

“[Diferenciarnos] como especiales y únicos (o como comunes y mundanos)” (Bamberg, 2011, p.5), es otro acontecimiento de identidad que puede ser abordado mediante el discurso

terapéutico. En un blog, una estudiante de posgrado (Collins, 2014) relata dos retos en su identidad: uno común para los estudiantes de posgrado (sobreponerse al “síndrome de impostor”), y otro similar pero más debilitante, que ella asocia con haber sido diagnosticada con una discapacidad de aprendizaje o Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD por sus siglas en inglés). A través de un trabajo de identificación sofisticado, Collins invita a considerar las coincidencias a través de los estudiantes de posgrado (“graduarse es difícil incluso para los mejores de nosotros”), y luego se distingue del típico estudiante de posgrado y de aquellos con ADHD o discapacidades de aprendizaje. Ella sostiene que, aunque existen experiencias similares entre los estudiantes con este diagnóstico, “somos únicos” (diferentes de los otros estudiantes), y eso es normal. Más adelante en su escrito, Collins (2014) escribe que ella necesitaba hacer público su diagnóstico para “explicarle a mi supervisor que mi progreso marginal no se debía a una falta de esfuerzo o motivación” (para. 7). Esta auto revelación responde a la tercera tarea de identidad como describe Bamberg (2011): la agencia. En ese caso, Collins se posicionó como alguien limitada por realidades psicológicas o biológicas- en vez de, por ejemplo, como alguien poco inteligente o deficiente moralmente (falto de esfuerzo y motivación). De manera similar Thompson (2012), en un estudio de identidades narrativas en un foro en línea de diarios, cita este pasaje:

Soy una estudiante universitaria de 22 años que ha tenido bulimia por aproximadamente 7 años. Este último año ha ido empeorando progresivamente al punto donde he tenido que dejar la escuela (otoño 2003) y estoy activamente buscando ayuda profesional para lograr conquistar esta enfermedad. Me tomó mucho tiempo darme cuenta de que necesitaba ayuda de alguien más y que mi desorden alimenticio es realmente una enfermedad y no un pasatiempo en el que solo me aficio. Ahora estoy haciendo un verdadero esfuerzo por recuperarme. (p. 99)

Aquí, la persona reevalúa la naturaleza de su desorden alimenticio- pasa de ser un pasatiempo (sobre el cual considera tenía cierto control), a “una verdadera enfermedad” ante la cual debe hacer un “esfuerzo real” centrado en buscar activamente “ayuda profesional”. El cambio de dirección de su influencia auto-percibida- del yo-al-mundo a el-mundo-al-yo (Bamberg, 2011)- en este blog se pueden apreciar las reflexiones que esta estudiante usa para articular (o negociar) una identidad en particular.

Instructores y administradores de una universidad pueden encontrar tensiones en respuesta a los reclamos de identidad de los estudiantes, especialmente cuando vienen del discurso terapéutico experto. Aunque muchos de los empleados de una universidad puedan sentir compasión por la lucha o sufrimiento de un estudiante, existen preguntas al respecto de si se está generando el aprendizaje apropiado en la persona, y hacer arreglos especiales para apoyar a estos estudiantes presenta más dilemas. A través de diversas discusiones en medios y campañas de concientización, uno encuentra estigmatización sobre la salud mental, extendiéndose a apoyos a salud mental donde se busca que los problemas sean tratados tan seriamente como las enfermedades físicas. Por ejemplo: “Joshua” (2014) escribió: “imagínense que me culparan por tener cáncer... ¿cómo los haría sentir ese reclamo?”. Otros, sin embargo, se preguntan si estamos viendo una “locura por tener una identidad” (Charland, 2004) en donde, con ayuda del Internet, muchos han abrazado las etiquetas diagnósticas como centrales a su identidad, exigiendo reconocimiento y legitimación de esas identidades (Giles & Newbold, 2011). En esta época de aumento en los diagnósticos (Frances, 2013), mientras muchos abogan por la canonización de

nuevas condiciones en aspectos antes no-medicalizados de la vida (ej. soledad; ver Merkin, 2010), casi cualquier reto humano o deficiencia puede ser añadido a este discurso terapéutico que va en aumento.

En una contundente ejemplificación de la inflación en estos diagnósticos, un adolescente de una familia de altos recursos en Estados Unidos de Norte América recibió una sentencia inusualmente indulgente por haber conducido bajo la influencia del alcohol y matar a varios peatones. Sus abogados alegaron que sufría de “*affluenza*” (sin traducción al español) (i.e., la abundancia económica y la distancia social con personas de menores recursos económicos lo hicieron patológicamente inconsciente a sus problemáticas diarias); por lo tanto, no podía entender la conexión entre sus acciones y las consecuencias (Hennessy-Fiske & Muskal, 2013). ¿Quién (si es que hay alguien) debería de evaluar qué tan legítimo es lo que el diagnóstico o proto-diagnóstico afirma, y- en el caso de estudiantes universitarios- cuáles son las responsabilidades que tienen las universidades para asistir a tales estudiantes?

Aunque se ha incrementado el poder del discurso de la salud mental en las universidades, este lenguaje que usan los estudiantes para construir sus identidades no es exclusivo. Actualmente, en los campus universitarios canadienses uno puede encontrar que diversos repertorios discursivos-académicos, políticos, culturales, recreacionales, y así varios – compiten por el valor y la validez en explicar “quién soy”. Incluso en el plano de la angustia emocional, “lenguajes de sufrimiento” (Brinkmann, 2013) no-médicos, como las explicaciones espirituales y existenciales- pueden ser creíblemente balanceados.

En la Universidad de Calgary en el 2014, hubo un evento trágico (el asesinato de varios estudiantes en una fiesta) que desencadenó diversas respuestas institucionales e invocaron un número de discursos organizacionales. Discursos terapéuticos de “autocuidado” y “estrés-post-traumático” fueron citados para movilizar servicios de consejería 24 horas al día y voluntarios de “contacto” fueron encargados de acercarse a estudiantes que parecieran “retraídos” o “en sufrimiento”. A la par de estas acciones “terapéuticas”, otras respuestas fueron orientadas a la remembranza colectiva y a hacer-sentido, a buscar la conexión social y física (ej. grandes anuncios donde se leía: “abraza a un estudiante”), y respuestas políticas (ej. discusiones alrededor de las posibles condiciones socioeconómicas que pudieron haber influenciado esta tragedia). Los estudiantes, en este caso, no fueron invitados a considerar su salud mental de manera individual. Ellos fueron invitados a una respuesta multifacética y a menudo colectiva, posibles contra-prácticas a un estado terapéutico neoliberal.

A continuación, nos enfocaremos en la atención de cómo las conductas “excesivas” han tenido un amoldamiento incrementado en el lenguaje de las adicciones.

Contexto II. ¿Medicalizar? La Educación del Terapeuta como Objeto de Contienda

Una vez conformada como una profesión de ideas y prácticas diversas, la consejería terapéutica [o *counselling* en inglés] ha sido reevaluada constantemente por los seguros públicos y privados, siendo regulada como una “profesión de la salud” a través de diversas jurisdicciones. Mas allá, diversos consejeros terapéuticos [*counsellors*] tienen el título añadido de “psicoterapeutas”, reflejado en el reciente cambio de nombre de la Asociación de Consejería Canadiense: a

Asociación de Consejería y Psicoterapia Canadiense. Una de las razones para este cambio fue los reembolsos a través de los seguros médicos. Sin embargo, hay algunos compromisos que vienen con estos dólares: se requiere el uso del *DSM-5* y las prácticas basadas en evidencia (Strong, Gaete Silva, Sametband, French, & Eeson, 2012).

Actualmente yo (Tom) estoy a la mitad de una investigación que examina las tensiones que provoca la medicalización dentro de los programas educativos universitarios. Cada vez más seguido, se espera que estos programas de entrenamiento garanticen que sus estudiantes sean competentes en el uso del *DSM-5* y que usen intervenciones basadas en evidencia. Sin embargo, la consejería terapéutica ha sido una práctica y profesión pluralista. Las tensiones entre esas competencias terapéuticas esperadas y el continuo pluralismo del campo profesional- y cómo se desenvuelven en los dilemas curriculares ‘de aprendizaje e instrucción’- son el foco de mi investigación. Tales programas y sus estudiantes pueden parecer inmunes al estado terapéutico, hasta que incluyen factores como: los colegios que regulan a los profesionales; los entornos medicamente administrados donde los estudiantes hacen sus prácticas; los clientes previamente diagnosticados; y los cuerpos que acreditan los programas con estándares a cumplir. Los programas de educación para consejeros terapéuticos deben responder a tales presiones sin hacer que sus estudiantes sean subordinados a la psiquiatría (cf. Elkins, 2009).

Existe una respuesta moderna por excelencia que sigue en proceso en el pensamiento científico y administrativo y que sostiene al *DSM-5* y su investigación: la “práctica basada-en-evidencia”. Al estandarizar y medicalizar los problemas humanos en el *DSM-5*, y acumulando intervenciones basadas en evidencia para esos desórdenes diagnosticados, las complejidades de la vida humana pueden ser abstraídas de sus complejas circunstancias para ser atendidas como verdades administrativas (Rose, 1997). Algunas posibilidades pedagógicas surgen de esta dirección de estandarización y medicalización. A través de estas tensiones emergen estudiantes de terapia tratando de equilibrar su adherencia a los protocolos de diagnóstico y tratamiento (“fidelidad al tratamiento”; Tucker & Blythe, 2008) con relaciones terapéuticas de calidad con sus clientes. Por un lado, estos protocolos proveen una estructura útil para estudiantes inclinados a aplicar su conocimiento como *practicantes científicos*. La práctica basada en evidencia es presentada como un antídoto responsable a la consejería terapéutica con tintes caprichosos. En cambio, uno puede usar prácticas científicamente fundamentadas y sus entendimientos. Sin embargo, se vuelve relevante el diálogo cara-a-cara con clientes que no se satisfacen con ser un “cuerpo dócil” (Foucault, 1975) necesario para permitir a los profesionistas aplicar su conocimiento basado en evidencia. Añade, a la tensión de los estudiantes, la muy citada y frecuente evidencia de la importancia vital de una relación terapéutica sana (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2009).

Estandarizar las prácticas y los resultados de la educación de cualquier tipo, es un sueño guajiro recurrente de políticos y administradores con inclinaciones políticas. La educación de los consejeros terapéuticos o terapeutas, por fortuna, se ha escapado de esto, siendo una especie de balón político como ha sido la educación elemental. Los libros de textos, currículos o sitios de práctica profesional, todos reflejan un sesgo hacia la práctica más medicalizada, incluso más que la generación anterior y consistente con la visión de las prácticas científicas basadas en evidencia descritas anteriormente; sin embargo, la educación de los consejeros terapéuticos es trata de mantener su pluralidad (Cooper & McLeod, 2011). Los más grandes retos se relacionan con las expectativas de los programas de entrenamiento para fines de acreditación académicas, sitios de

práctica clínica que requieren prácticas medicalizadas y papeleo para cumplir los requerimientos de los colegios profesionales, y los graduados que necesitan integrarse a las “profesiones de la salud” reguladas. En una encuesta reciente (Strong et al., 2012), los consejeros terapéuticos indicaron que se espera continuamente de ellos que usen el discurso terapéutico experto- pero más importante, que eso no determinaba su práctica. Las tensiones de la medicalización en la educación del terapeuta clínico ciertamente están presentes, aunque los estudiantes deben mezclar una variedad de experiencias educacionales y un rango de experiencias al realizar sus prácticas profesionales.

Contexto III. Discursos Psiquiátricos en las Familias

Hay una creciente preocupación acerca de cómo los niños desarrollan sus habilidades conforme van creciendo, y en su mutuo intercambio con, preocupaciones sobre cómo pelear, es una arena de acción social en la que los niños manejan la relación entre sus pares, con sus hermanos y con los adultos. (Hutchby, 2007, p. 9)

Antes de compartir mis pensamientos (Mónica) sobre cómo el *DSM-5* y otros discursos psiquiátricos y psicológicos organizan a las familias de formas particulares, hasta el punto de estructurar patrones no intencionales de interacción, permítanme compartirles una breve historia que una madre mexicana compartió conmigo.

María (pseudónimo) tiene un hijo, Carlos (pseudónimo), que ha estado en terapia por varios años. Carlos fue originalmente enviado a terapia después de que sus maestras de preescolar consideraron que su comportamiento era difícil y problemático. Según las maestras, sus compañeros se quejaban de él, así como los papás de estos niños. Las maestras intentaron diversas estrategias para modificar la conducta de Carlos; sin embargo, los comportamientos persistieron, así que le recomendaron a María llevar a su hijo a terapia. María estaba lidiando con una separación muy difícil y violenta (y posteriormente su divorcio), y el padre de Carlos se mudó repentinamente de la casa sin despedirse de él. El primer terapeuta de Carlos le explicó a María que: a) la conducta de Carlos era una consecuencia de la depresión de ella (aunque María reportó sentirse “decepcionada”, no triste o enojada) y b) que Carlos estaba siendo “erotizado” por ella, pues dormían en la misma cama (el terapeuta nunca preguntó por qué).

Después de varios meses en terapia, María no vio cambios en Carlos, así que buscó otro terapeuta. El segundo terapeuta le dijo a María que la conducta de Carlos se explicaba por: a) una crisis individual por la partida repentina y la ausencia de su padre, y b) por el alto conflicto y tensión en la relación marital y de separación de sus padres. A pesar de varios meses en esta segunda terapia, ni la escuela ni los padres de Carlos vieron algún cambio en su comportamiento en la escuela. Finalmente, María llevó a Carlos a ser evaluado a una escuela para niños virtuosos, donde se evaluó e identificó que Carlos era un niño sobredotado, que tenía un “IQ de nivel de genio”- y que esto explicaba por qué se comportaba “diferente”.

Ahora bien, los invito a no juzgar las decisiones de María, el manejo de la escuela de la situación, o las prácticas de los terapeutas inmiscuidos. Mejor reflexionemos cómo estos discursos terapéuticos expertos fueron influenciando las decisiones, respuestas, organización e interacción de la familia, las maestras y los profesionales. Yo me pregunto:

¿Qué tipo de interacciones (y organización familiar) fueron provocadas cuando las preocupaciones sobre Carlos fueron interpretadas como una “erotización”, o bien, como una “depresión” de María? ¿Cómo los involucrados (María, las maestras, los compañeros, el papá de Carlos, y otros que interactuaban con él) fueron organizados o respondieron cuando creían que el niño estaba lidiando con un divorcio parental muy estresante? ¿Qué hubiera sucedido si los problemas de Carlos se hubieran enmarcado en que era un niño malcriado, o que tenía ADHD, autismo, estrés postraumático, o cualquier otra cosa? Los profesionales no podemos predecir cómo los familiares entienden el *DSM-5* ni el entendimiento terapéutico de un niño u otro miembro de la familia, pero si somos responsables de invitar ciertas respuestas. Mi preocupación es cómo el discurso psiquiátrico juega un rol en la organización familiar y su interacción con otros sistemas (ej. la familia extensa, compañeros, maestros, amigos).

Los discursos de salud mental y enfermedad mental son penetrantes (Frances, 2013; Illouz, 2008; Watters, 2010; Whitaker, 2002), influyen y enmarcan no solo en el entendimiento de los profesionistas sino también de aquellos que no-son-expertos (Furedi, 2004). Las familias y sus miembros se apropian de estos discursos como formas de entenderse a sí mismos y entre ellos, y corren en riesgo de ser gobernados o capturados por ellos. Las interacciones responsivas de los miembros de la familia, basados en tales entendimientos, frecuentemente se convierten en rutinas, patrones y hábitos. Me pregunto cómo una madre, padre o hermano pueden relacionarse de forma diferente con un niño después de que el “experto” les informa que, aunque de manera no intencional, la madre estaba erotizando al menor al dormir con él. Si todas las madres creyeran este discurso experto ¿abrazarían y besarían a sus hijos tan seguido como antes? ¿Qué pasa si sus hijos tienen pesadillas- les permitirán pasar un tiempo en la cama de sus padres mientras se calman? ¿Qué pasa si insisten? Ahora pensemos ¿cómo el contacto físico con los hijos se daría si en cambio creyéramos que estamos interactuando con nuestros “niños genios”?

Mi llamado es a reflexionar que los discursos diagnósticos no permanecen dentro de un consultorio de terapia. Sus efectos alcanzan más allá de los propósitos originales descriptivos e informativos que orientan a los “expertos”. Haruki Murakami, un escritor japonés ha sido citado diciendo “aprender otro idioma es convertirse en otra persona” (Haruki Murakami, en Stuff, 2012). El discurso es acción (Potter & Wetherell, 1987), es significado revelado a través de cómo se usa en las interacciones relacionales y culturales. ¿Cómo la familia de Carlos fue transformada por tantos lenguajes que pretendían describir “la misma” problemática? Lo que María y Carlos (y otros en relación con ellos) entendieron sobre lo que le pasaba y sus experiencias es lo que actuaron, hicieron o respondieron, ¿cómo las diferencias entre los discursos formaron y organizaron sus interacciones? Las familias son discursivamente cautivas (Bowe, Ball, & Gewirtz, 1994; Massumi, 2011) de los discursos de los expertos, ¿cómo escapar tal cautiverio? Las instituciones, tales como los centros de adicción que examinaremos a continuación, ofrecen otro contexto en donde las personas pueden ser discursivamente cautivadas, y aun así evitar ser completamente cautivas.

Contexto IV. Todo Está en la Práctica: Definiendo Adicción Conductual Usando un Discurso de Práctica Social

Como sociedad, nos hemos vuelto adictos al discurso de las “adicciones”, y aplicamos este constructo a varias sustancias y conductas. Hace mucho se instaló la noción de que adicción se refiere al consumo de las sustancias “más nocivas”, en particular, de la cocaína o la heroína. Sin embargo, de acuerdo a los encabezados de los medios, ahora somos adictos al chocolate (Ducharme, 2013), los bronceados (Rettner, 2010), y tal vez, más seriamente: a las compras (Black, 2013), el Internet (Sang, Hun, 2010), apostar (Moore & Manville, 2013), ejercicio (Doyle, 2012), y a la comida (Sygo, 2011).

Este discurso actual en aumento sobre las adicciones no siempre ha dominado. A través de la historia y cruzando culturas, varios modelos y discursos han sido usados para entender, etiquetar y finalmente dar guía al tratamiento para las conductas adictivas. Académicos (Bailey, 2005; Brodie & Redfield, 2002; Davies, 1992, 1997; Keane, 2002; Valverde, 1998) han examinado los múltiples, y usualmente contradictorios, discursos sobre la adicción y la conducta excesiva, incluyendo modelos enfocados en: la moralidad, aprendizaje social, neurobiología, enfermedad médica (diagnóstico dual, automedicación), enfermedad social (pobreza, desorden social), familia, trauma y construcción social.

El discurso médico es, discutiblemente, el más común en la conceptualización de la adicción y las conductas excesivas (Mudry et al., 2011). En *el DSM-5*, apostar de manera problemática fue reclasificado como un “desorden de control de impulsos” a una “adicción y desórdenes relacionados”. Al añadir “desórdenes relacionados”, el DSM permite diagnosticar “adicciones conductuales”, si tales conductas son realizadas en “exceso” (ej. apuestas, uso del internet, compras, trabajo, ejercicio, comer, jugar video juegos, sexo; Mudry et al, 2011). Esto sugiere un discurso dominante de la salud mental al requerir la clasificación de un problema como el apostar y considerarlo como una adicción. Esta nueva clasificación y la predilección por el modelo médico (el modelo de la enfermedad) tienen muchas -y tal vez no vistas- consecuencias en lo que el discurso permite y restringe. Considérese el efecto del discurso médico en las opciones de tratamiento, medicación, financiamiento para programas, estigma y agencia de aquellos diagnosticados.

Práctica Social

Un llamado reciente para una *práctica* orientada a la recuperación se ha estado desarrollando en las adicciones y el tratamiento de la salud mental, atendiendo primordialmente a las personas y sus contextos, más allá de sus síntomas o diagnósticos (Davidson, Tondora, O’Connell, Lawless, & Rowe, 2009). Graham y sus colegas (2008) instaron a los investigadores a “considerar y describir el proceso de adicción a través del tiempo, especialmente en cómo la adicción se manifiesta en las relaciones y la vida diaria” (p. 122). Dreier (1999) aconseja abordar las temáticas de cualquier tipo relacionadas a la “salud mental” “a través de los contextos de su familia, trabajo, escuela, sesiones de psicoterapia... [apuntando a] la importancia de establecer una teoría de individuos en estructuras de práctica social” (p. 5). Colectivamente, estos investigadores sugieren que los practicantes entiendan que la “adicción” y la “recuperación” son prácticas sociales.

El discurso de la práctica social considera que las actividades en la vida son prácticas sociales, incluida la adicción y la recuperación. Alguien realizando prácticas adictivas también participa en otras prácticas sociales incluyendo el trabajo, la vida social, la familia- prácticas en una “red”

más amplia (Latour, 2005) de prácticas. Cada práctica está interdependientemente conectada en una red, influenciando y siendo influenciada por otras prácticas (Kemmis et al., 2012). Estas varias prácticas sociales en la vida de una persona sirven para permitir o restringir las conductas adictivas.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) sostiene que sus criterios diagnósticos fueron basados en “una consideración meticulosa de los avances científicos en la investigación acerca de la enfermedad, así como el conocimiento clínico colectivo de los expertos en el campo”. No es difícil imaginar que las prácticas sociales involucradas en coordinar alrededor de 160 investigadores y clínicos, representando 15 disciplinas y profesiones, fueron difíciles. De manera similar, cada una de las explicaciones de esos individuos y la investigación fueron sin duda extraídas de discursos divergentes y a veces competitivos, a su propio entendimiento y explicación de las adicciones y la salud mental. Los investigadores, clínicos, y expertos en el campo están comprometidos (si no es que capturados) por el discurso que usan para enmarcar su trabajo. El campo de la adicción actualmente puede ser visto como capturado por el modelo médico, potencialmente previniendo u obstruyendo la oportunidad para otros múltiples discursos sobre la adicción. Lo mismo podría decirse sobre cómo las problemáticas familiares pueden ser medicalizadas y similarmente capturar las relaciones familiares.

Contexto V. Adicción y Recuperación

Usualmente, hay dos tipos de discursos que se desarrollan en los centros de tratamiento para las adicciones. El primer tipo es formal, escrito, y compartido por los trabajadores y administradores. Esta forma oficial, institucional de conocer la “adicción” y la “recuperación”, es comúnmente prescrita y perpetuada en los libros de textos, la educación de los consejeros terapéuticos, y las formas del lenguaje, y por lo tanto manda y vigila cómo se practica la terapia en los centros de adicción. El segundo tipo de discurso está sumergido, no es escrito, y es compartido por quienes viven y trabajan en la línea de fuego (Diamond, 1992). Estos discursos no escritos se desarrollan entre las personas que hacen realmente el trabajo de tratamiento de las adicciones y la recuperación de los consultantes (Campbell & Gregor, 2008).

Dependiendo de dónde se posicionen los consejeros sobre adicciones en estos discursos, habrá una rigurosa responsabilidad y respuesta institucional, gobernando a los consejeros a que practiquen el uso del lenguaje “apropiado” para asegurar la legitimidad del centro de tratamiento. Estas versiones institucionalizadas objetivadas e ideológicas sobre la adicción y la recuperación pueden estar en desacuerdo con la invaluable experiencia terapéutica del consejero acerca de lo que se necesita para facilitar la “recuperación” de la adicción, la cual ocurre en la práctica observable. Aun así, la consejería en adicciones ocurre en lo que los consejeros hacen a través de múltiples sitios, permitiendo y restringiendo las posibilidades institucionales para la práctica, así como la recuperación.

Trabajo en Recuperación Dentro del Contexto Institucional

Yo (Emily) veo el “trabajo en recuperación” a través de los lentes de la Etnografía Institucional (como es descrita por Dorothy Smith, 1987, 1999, 2005, 2006), influenciada por mi

investigación y basada en mi experiencia como terapeuta en adicciones, y trato de contestar las preguntas particulares a las “actualidades del mundo experimentado” (Smith, 1987, p. 91). Una problemática es una herramienta conceptual para identificar las características relevantes de la organización social, viniendo de la experiencia del día a día de las personas mientras se encuentran con las “reglamentación relacional” institucional (i.e. gobernabilidades) e identifica disyuntivas entre estas experiencias y la reglamentación relacional. Así, el mundo observable de la consejería en adicciones es una “arena inconclusa de descubrimiento en donde las líneas de las relaciones sociales están presentes para ser exploradas más allá” (Smith, 2005, p. 39). Esta lente puede ser usada para explorar cómo las prácticas observables de las personas en el trabajo de todos los días son coordinadas y articuladas por las relaciones institucionales invisibles dentro de cada sede en particular. A través de este marco, podemos adquirir nuevos entendimientos sobre cómo los consejeros terapéuticos traducen la política institucional en prácticas de “recuperación”, y cómo estas prácticas son controladas y coordinadas, lo cual puede entonces aumentar el entendimiento profesional, social y cultural de la recuperación.

Puntos de Tensión

Existen diferencias significativas entre los “expertos” del discurso que están reglamentando (o gobernando) a nivel institucional, y los “expertos” en desarrollar el discurso en las prácticas del día a día (Smith, 1987, p. 88). La captura institucional ocurre cuando el conocimiento experto está basado en la experiencia del consejero (o investigador), cuando es quebrantado o minimizado por discursos ideológicos o institucionales (Smith, 2005). Esto contribuye a una potencial disyuntiva, afectando el conocimiento del día a día, la experiencia de primera mano, con una versión oficial, institucional, y objetivada por el mismo conocimiento (McCoy, 2008). Las prácticas no escritas y sumergidas de la “recuperación” son implícitamente desarrolladas por la gente que hace el trabajo de “recuperación” (que son los responsables del mismo) todos los días; y aun así, domina la versión objetivada y oficial (Campbell & Gregor, 2008).

Desde el piso 14 de un edificio podemos observar los patrones y consistencia en las actividades que pueden ser descritas usando un lenguaje específico y especializado, dependiendo de la disciplina a través de la cual estamos informando nuestra observación. Sin embargo, cuando estamos en la banqueta, ya no estamos “sobre” las actividades que observamos; nos paramos “entre” las personas que hacen el trabajo (Smith, 2008). Manteniéndonos en esta metáfora, mientras los consejeros son responsables por su práctica terapéutica a nivel del suelo ante los observadores del piso 14, tal “responsabilidad” no está comúnmente anclada en las prácticas reales y observables a través las cuales la consejería sobre adicciones se realiza.

En la vida diaria, y en las experiencias personales de los individuos -como los consejeros en adicciones-, uno puede identificar y explicar las relaciones sociales que estructuran y gobiernan las experiencias. Cómo las personas propositivamente coordinan actividades juntas puede ser ligado a sitios e intereses más allá de los sitios de acción, como los centros de tratamiento (Campbell & Gregor, 2008). Específicamente, cómo la información sobre los contextos institucionales y condiciones que complementan (e impiden) las actividades del día a día de los trabajadores, y que está bajo investigación, puede ser identificada y explicada- en sus términos. Tal información podría extender el conocimiento que ya existe y, lo que es mejor, podría ser usado para informar una campaña de cambio.

La captura institucional es anticipada socialmente para las personas encarceladas en nuestras prisiones; sin embargo, superar la captura discursiva (ej. evitar ser totalizados como “criminales”) promueve la resistencia para las personas más allá del sistema penitenciario. A continuación, Bárbara nos comparte detalles de su trabajo con mujeres, post- encarcelamiento, así como su actual trabajo con hijos de padres encarcelados.

Contexto VI. Psi-discursos, Mujeres Criminalizadas y Contra-Prácticas de Resistencia

Cualquier acto mental o conductual a través el cual una persona busca exponer, soportar, repeler, parar, prevenir, abstener de, luchar contra, impedir, reusarse a obedecer u oponerse a cualquier forma de violencia u opresión (incluyendo cualquier forma de falta de respeto) o las condiciones que lo hacen posible, puede ser entendido como un acto de resistencia (Wade, 1997, p. 25).

¿Cómo el discurso diagnóstico experto afecta a las mujeres en prisión? Una respuesta se encuentra en la historia de cómo un grupo de mujeres retaron y resistieron los discursos dominantes que construían sus identidades públicas y psicológicas como ex convictas. Mi historia (Bárbara) explora cómo los discursos psiquiátricos y psicológicos evolucionan en el sistema correccional y continúan organizando cómo las mujeres encarceladas son concebidas y manejadas. Pocos grupos son sujetos a un diagnóstico más que las mujeres que han sido involucradas en el sistema de justicia penal (Fazel & Seewald, 2012). Aunque los rangos de prevalencia varían ampliamente a través de los contextos, las mujeres encarceladas son más susceptibles que otras mujeres a cumplir los criterios diagnósticos para un desorden mental (Centre for Addiction and Mental Health [CAMH], 2013; Fazel & Seewalf, 2012; Tye & Mullen, 2006). Es así que la construcción social de las mujeres en conflicto con la ley está dominada por psi-discursos (Rose, 1997).

Demonios, Degeneración y Desórdenes Mentales

Las teorías de la criminalidad han cambiado a través del tiempo: de la posesión medieval (Neugebauer, 1979) a la degeneración de la era moderna (Jalava, 2012) a las explicaciones bio-psico-sociales del presente (Ellis, 2005). Previo a la Segunda Guerra Mundial, la conducta criminal era explicada por teorías modernas de degeneración basadas en explicaciones biológicas o genéticas del ser humano fisiológicamente sub estándar (Jalava, 2012). Tales explicaciones fueron abandonadas después de que Hitler las usara para justificar el genocidio masivo. De acuerdo con Jalava, las explicaciones biológicas de la criminalidad han “simplemente adoptado nuevas formas” (p. 416) en el léxico de la psicopatía, la cual describe como “un patrón de conductas social y moralmente indeseables, cuya causa o causas pueden ser encontradas dentro del individuo”. Estas teorías son mayormente centradas en el hombre y la experiencia criminal femenina no había sido comentada hasta tiempos recientes (Kendall, 2005).

Contra-Prácticas de Resistencia

La literatura o discursos psiquiátricos y psicológicos sobre las mujeres y la ley están llenos de un vocabulario de control (ej. manejar, contener, regular, alto riesgo). Escritores criminólogos feministas han ido deconstruyendo la retórica que castiga la marginalización y encadena a las mujeres a una identidad opresora de conformidad y deferencia (ej. Cahn, Chenn, & Menzies,

2005; Daly & Chesney-Lind, 1988). Pollack y Kendall (2005) cuestionaron los discursos alrededor del Trastorno Límite de la Personalidad (BPD por sus siglas en inglés) un diagnóstico prevalente en las mujeres en el sistema penitenciario, y su “tratamiento asignado”: la terapia dialéctica-conductual (DBT por sus siglas en inglés, Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanyer, & Comtois). Nikolas Rose (1997) argumenta que las sociedades democratizadas se mantienen a través de la auto regulación más allá que con el uso de la fuerza- a través de la *responsabilización*, que localiza la responsabilidad de cumplir con lo socialmente convenido (léase: neoliberal), valores y normas, dentro del individuo. Esta ideología excluye factores contextuales y estructurales que pueden dar cuenta de los patrones en las mujeres que cometen crímenes como la pobreza, violencia, y racismo sistemático (Pollack, 2012). Pollack y Kendall (2005) sostienen que “las experiencias de las mujeres discriminadas por género y raza son reconstruidas como el resultado de un déficit individual, psicológico o cognitivo” (p. 73).

La resistencia a tales construcciones individualistas y patologizantes de las mujeres encarceladas es articulada en nuevas teorías y prácticas que reconocen los contextos únicos de las experiencias de las mujeres (Lawstin, 2008; Leeder, 2012; Maidment, 2007; Pollack, 2004). Covington y Bloom (2012) sugieren que las prácticas terapéuticas deben ser basadas en la teoría de caminos (que reconoce una trayectoria específica al género hacia la actividad criminal), la teoría relacional, y las teorías de trauma y adicciones. Allan Wade, desarrollador de la Teoría Basada en Respuesta (1997) sostiene que actos de resistencia a la violencia y/u opresión son formas omnipresentes en las que las personas quieren ser reconocidas y amplificadas. Las actividades institucionales como el trabajo creativo (ej. escritura, pintura, teatro), formar grupos de pares en el interior, manteniendo vínculos con el exterior (Lawston, 2008) o desarrollar una práctica espiritual (Fallot, 2001), son formas (sutiles y obvias) a través de las cuales las prisioneras resisten la autoridad (Goffman, 1969). Estas son algunas pocas contra-prácticas al discurso cautivo basado en la impotencia individual y la patología.

Resistencia tras la Encarcelación

Ha sido un gran privilegio para mí (Barbara) trabajar con un grupo de mujeres que habían sido liberadas recientemente de prisión, quienes se enfrentaban con el reto del discurso de la prisión encadenándolas a identificarse dentro de un desorden mental, con la criminalidad y como extranjeras al estatus cultural. A través de un proyecto de investigación acción participativa (Pickering, 2012), estas mujeres compartieron historias de fuerza y esperanza con una comunidad más amplia, de esta forma retando el estigma de la etiqueta de “ex convictas”. El grupo encontró consuelo y apoyo en sus semejantes que habían vivido experiencias similares y se unieron a los académicos que reconocían su opresión por un sistema determinado por contenerlas en una identidad de criminales. Con el soporte del grupo, estas mujeres trascendieron las etiquetas psiquiátricas y psicológicas tales como el trastorno límite, que localiza la vergüenza, la culpa y el desorden mental en el individuo (Maidment, 2007). Una participante mencionó que (Pickering, 2014, p.277):

Somos un grupo fuerte de cinco- y ya sea que nos caigamos bien o mal, estamos aquí para darnos apoyo... y um [sic] he aprendido que hay mujeres que han vivido experiencias exactamente iguales o similares a la mía, que no estoy sola, que no soy la única, o ya sabes lo que quiero decir. Que no lo estoy haciendo sola.

Usando un enfoque de *photovoice*, creamos carteles de fotografías con sus narraciones que fueron presentadas a los miembros de la comunidad, organizaciones profesionales y educadores. Ellas querían compartir sus historias de supervivencia, esperanza, sueños a futuro, y, usar sus palabras “normalidad”. Demostraron auto reflexión, resiliencia y coraje más allá de las barreras asociadas a la medicalización y a los diagnósticos como personalidad “límite”, para colaborar en expandir las perspectivas de ellas mismas y la comunidad. Las mujeres encontraron esperanza en el toma y da de estar y convivir con la comunidad (Pickering, 2014, p. 278):

Yo solo tomé la oportunidad para mejorarme a mí misma. Yo eventualmente, lo superé. Entre más hacía por mí misma- de vez en cuando- la sociedad me iba aceptando. Así a medida que la sociedad fue aceptándome, yo les quería dar más a ellos.

Finalmente volteamos hacia una institución asociada a la libertad intelectual, la universidad, para recalcar algunas tensiones medicalizantes asociadas con la graduación de consejeros terapéuticos o terapeutas clínicos.

Discusión

La narrativa terapéutica nos llama a mejorar nuestras vidas, pero solo puede hacerlo mientras nos lleva a atender nuestras deficiencias, sufrimientos y disfunciones (Illouz, 2008, p. 185).

Nuestro objetivo a lo largo de este artículo ha sido destacar las gobernabilidades a través de diferentes contextos relevantes al estado terapéutico. El discurso terapéutico experto (ej. el DSM-5 en Norte América) ha permitido aspectos de lo que Epstein y colegas (2013) referían como un “estado terapéutico”. Es claro, en nuestros seis contextos (estudiantes universitarios, investigadores en adicciones, familias, centros de atención de adicciones, sistemas correccionales, y la educación de consejeros graduados), que el discurso terapéutico experto domina. Permitir este dominio es de innegable utilidad para que el discurso terapéutico experto gobierne los entendimientos y las prácticas a través de estos contextos. Sin embargo, este dominio se extiende a una dirección individualizante, patologizante, asociada con la ideología neoliberal de la autodeterminación (deVos, 2012, Illouz, 2008). Como demuestran nuestros relatos, este dominio marginaliza, o quizás hasta prohíbe, otros posibles entendimientos y formas de atender los problemas humanos.

Aunque los contra-discursos y entendimientos son también evidentes, permitiendo otras respuestas a las problemáticas humanas, estos acercamientos alternativos parecen ser menos apoyados por las instituciones que aquellos que financian los servicios de salud donde el discurso terapéutico experto es la norma. En las biopolíticas que vivimos hoy en día (Dean, 2013; Lemke, 2011), nuestros sueños culturales parecen ser estar enganchados a medicalizar y gobernar cada vez más aspectos de la vida humana- supuestamente en nosotros mismos y los demás. Los invitamos a unir más voces hacia un cambio en el enfoque y dirección de estas conversaciones tan importantes.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bailey, L. (2005). Control and desire: The issue of identity in popular discourses of addiction. *Addiction, Research and Theory, 13*, 535-543. doi:10.1080/16066350500338195
- Bamberg, M. (2011). Who am I? Narration and its contribution to self and identity. *Theory & Psychology, 21*(1), 3-24.
- Battaglia, D. (Ed.). (1995). *Rhetorics of self-making*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Black, D. (2013, April 2). The dark side of shopping. *CNN*. Retrieved from <http://www.cnn.com/2013/04/01/opinion/black-shopping-addiction>
- Bowe, R. Ball, S. J., & Gewirtz, S. (1994) 'Captured by the Discourse? Issues and concerns in researching parental choice'. *British Journal of Sociology of Education, 15*(1), 63-78.
- Brink, J. H., Doherty, D., & Boer, A. (2001). Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study. *International Journal of Law and Psychiatry, 2*, 330-356. doi:10.1016/S0160-2527(01)00071-1.
- Brinkmann, S. (2013). Languages of suffering. Manuscript submitted for publication.
- Brodie, J. F., & Redfield, M. (Eds) (2002). *High anxieties: Cultural studies in addiction*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Campbell, M. L., & Gregor, F. (2008). *Mapping social relations: A primer in doing institutional ethnography*. Toronto, ON: Higher Education University of Toronto Press.
- Centre for Addiction and Mental Health (2013). *Mental Health and Criminal Justice Policy Framework*. Retrieved from www.camh.ca/en/.../MH_Criminal_Justice_Policy_Framework.pdf
- Chan, W., Chunn, D. E., & Menzies, R. (2005). *Women, madness, and the law: A feminist reader*. London, U. K.: GlassHouse Press.
- Charland, L. C. (2004). A madness for identity: Psychiatric labels, consumer autonomy, and the perils of the Internet. *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 11*, 335-349.
- Collins, B. M. (2014, April 22). Negotiating grad school with learning disabilities and ADHD. *GradHacker*. Retrieved from <http://www.gradhacker.org/2014/04/22/negotiating-grad-school-with-learning-disabilities-and-adhd/>
- Daly, K., & Chesney-Lind, M. (1988). Feminism and criminology. *Justice Quarterly, 5*(4), 497-538.
- Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M. S., O'Connell, M. J., & Rowe, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice*. New York: Oxford University.
- Davies, J. B. (1992). *The myth of addiction: An application of the psychological theory of attribution to illicit drug use*. Victoria, Australia: Harwood Academic.
- Davies, J. B. (1997). *Drugspeak: The analysis of drug discourse*. Amsterdam, Holland: Harwood Academic.
- Dean, M. (2013). *The signature of power: Sovereignty, governmentality, and biopolitics*. Los Angeles, CA: Sage.
- deVos, J. (2012). *Psychologisation in times of globalisation*. New York, NY: Routledge.
- Diamond, T. (1992). *Making grey gold*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Doyle, J. R. (2012, October 17). Woman battles exercise addiction for nearly 20 years. *Fox News*. Retrieved from <http://www.foxnews.com/health/2012/10/12/woman-battles-exercise-addiction-for-nearly-20-years/#ixzz2RQ4qzvkr>

- Dreier, O. (1999). Personal trajectories of participation across contexts of social practice. *Outlines: Critical Social Studies*, 1(1), 5-32. Retrieved from <http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/outlines/article/view/3841/3335>
- Ducharme, J. (2013, February 14). Chocolate addiction is real? Research shows people can exhibit the same signs of addiction toward chocolate as they do with drugs or alcohol. *Boston Magazine*. Retrieved from <http://www.bostonmagazine.com/health/blog/2013/02/14/chocolate-addiction/>
- Duncan, B., Miller, S., Wampold, B., & Hubble, M. (Ed.) (2009). *The heart and soul of change* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Elkins, D. N. (2009). The medical model in psychotherapy: Its limitations and failures. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(1), 66-84.
- Ellis, L. (2005). A theory explaining biological correlates of criminality. *European Journal of Criminology*, 2(3), 287-315. doi:10.1177/1477370805054098
- Epstein, E., Weisner, M., & Duda, L. (2013). DSM and the Diagnosis-MacGuffin: Implications for the Self and Society. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 34, 156-167.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York, NY: Norton.
- Fallot, R. D. (2001). Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness. *International Review of Psychiatry*, 13, 110-116. doi:10.1080/09540260120037344
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200, 364-373. doi:10.1192/bjp.bp.111.096370
- Foucault, M. (1975). *Discipline and Punish: the Birth of the Prison* (A. Sheridan, Trans.). New York, NY: Random House.
- Foucault, M. (1997). Technologies of the self. In P. Rabinow, Ed. *Ethics, subjectivity and truth*. (R. Hurley, Trans. pp. 222-251). New York, NY: The New Press.
- Foucault, M. (2008a). *The government of self and others: Lectures at the College de France 1982-1983* (G. Burchell, Trans.). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Foucault, M. (2008b). *The birth of biopolitics* (G. Burchell, Trans.). New York, NY: Picador.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York, NY: William Morrow.
- Furedi, F. (2004). *Therapy culture: Cultivating vulnerability in an uncertain age*. New York, NY: Routledge.
- Gergen, K. J. (1990). Therapeutic professions and the diffusion of deficit. *Journal of Mind and Behavior*, 11, 353-368.
- Giles, D. C., & Newbold, J. (2011). Self- and other-diagnosis in user-led mental health online communities. *Qualitative Health Research*, 21(3), 419-428.
- Graham, M., Young, R. A., Valach, L., & Wood, A. (2008). Addiction as a complex social process: An action theoretical perspective. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 121-133. doi:10.1080/16066350701794543
- Hacking, I. (1999). *Mad travellers: Reflections on the reality of transient mental illness*. New York, NY: Free Association Press.
- Hacking, I. (2006). Kinds of people: Moving targets. *Proceedings of the British Academy*, 151, 285-315.

- Haruki Murakami Stuff (2012, January 13). Haruki Murakami Stuff: A Murakami fan blog. Retrieved from: <http://www.haruki-murakami.com/post/15775025124/learning-another-language-is-like-becoming-another>
- Healthy Minds/Healthy Campuses Initiative. (2015). *About us*. Retrieved from <http://healthycampuses.ca/about-us>
- Hennessy-Fiske, M., & Muskal, M. (2013, December 19). 'Affluenza' in Texas incites anger, lawsuits and call for jail time. *Los Angeles Times*. Retrieved from <http://articles.latimes.com/2013/dec/19/nation/la-na-nn-affluenza-anger-lawsuits-jail-time-texas-20131219>
- Hutchby, I. (2007). *The discourse of child counselling*. Philadelphia, PA: John Benjamins Publishing Company.
- Illouz, E. (2008). *Saving the soul: Therapy, emotions, and the culture of self-help*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Jalava, J. (2006). The modern degenerate: Nineteenth-century theory and modern psychopathy research. *Theory & Psychology, 16*(3), 416-432. doi:10.1177/0959354306064286
- "Joshua." (2014, March 18). ... Just breathe. In *RightByYou.ca*. Retrieved from <http://rightbyyou.ca/en/share-your-story#>
- Keane, H. (2002). *What's wrong with addiction?* Melbourne, Australia: Melbourne University Press.
- Kemmis, S., Edwards-Groves, C., Wilkinson, J., & Hardy, I. (2012). Ecologies of practices. In P. Hager, A. Lee, & A. Reich (Eds.), *Practice, learning and change: Practice-theory perspectives on professional learning* (pp. 33-50). New York: Springer.
- Kendall, K. (2005). Beyond reason: social constructions of mentally disordered female offenders. In W. Chan, D. E. Chunn, & R. Menzies (Eds.) *Women, Madness and the Law: A Feminist Reader* (pp. 41-57). London, UK: Glass House Press.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Latour, B. (2010). *On the modern cult of the factish gods*. Durham, NC: Duke University Press.
- Lawston, J. M. (2008). Women, the criminal justice system, and incarceration: Processes of power, silence, and resistance. *National Women's Studies Association Journal, 20*(2), 1-18.
- Leeder, E. (2012). Inside and out: Women, prison, and therapy. In E. Leeder (Ed.), *Inside and out: Women, prison, and therapy* (pp. 1-8). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Lemke, T. (2011). *Biopolitics: An advanced introduction* (E. F. Trump, Trans.). New York, NY: New York University Press.
- Lewis-Morton, R., Dallos, R., McClelland, L., & Clempson, R. (2014). "There is something not quite right with Brad...": The ways in which families construct ADHD before receiving a diagnosis. *Contemporary Family Therapy, 36*, 260-280.
- Lindemann Nelson, H. (2001). *Damaged identities: Narrative repair*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. D., Craft, C., Kanter, J. & Comotois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions, 8*(3), 279-292.
- Lunau, K. (2012, September 5). The mental health crisis on campus. *Maclean's*. Retrieved from <http://www.macleans.ca/education/uniandcollege/the-mental-health-crisis-on-campus/>

- Maidment, M. R. (2007). We're not all that criminal: Getting beyond the pathologizing and individualizing of women's crime. *Women and Therapy*, 29(3), 35-56.
- Martin, J. & Sugarman, J. (1999). *The psychology of human possibility and constraint*. Albany, NY: SUNY Press.
- Massumi, B. (2011). *Semblance and event: Activist philosophy and the occurrent arts*. Cambridge, MA: MIT Press.
- McAdams, D. P., & Janis, L. (2004). Narrative identity and narrative therapy. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy* (pp. 159–173). Thousand Oaks, CA: Sage.
- McCoy, L. (2008). Institutional ethnography and constructionism. In J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Eds.), *Handbook of Constructionist Research* (pp. 701-714). New York: The Guilford Press.
- Merkin, D. (2010, March 15). Dealing with loneliness. *Elle*. Retrieved from <http://www.elle.com/beauty/health-fitness/dealing-loneliness-435729>
- Monforton, L. (2013, August 28). Campus initiatives aim to ease new students' stress. *UToday*. Retrieved from <http://www.ucalgary.ca/news/utoday/august28-2013/campus-initiatives-aim-to-ease-new-student-stress>
- Moore, D., & Manville, B. (2013, January 18) How does a person become addicted to gambling? *New York Daily News*. Retrieved from <http://www.nydailynews.com/life-style/health/person-addicted-gambling-article-1.1242095#ixzz2RQ3rq5VM>
- Mudry, T. E., Hodgins, D. C., el-Guebaly, N., Wild, T. C., Colman, I., Patten, S. B., & Schopflocher, D. (2011). Conceptualizing excessive behavior syndromes: A systematic review. *Current Psychiatry Reviews*, 7, 138-151.
- Neugebauer, R. (1979). Medieval and early modern theories of mental illness. *JAMA Psychiatry*, 36(4), 477-483. doi:10.1001/archpsyc.1979.01780040119013
- Pickering, B. J. (2012). *"Picture me different": Women out of prison raising community awareness through photography and stories*. University of Calgary (Canada), ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 2012. MR91066.
- Pickering, B. J. (2014). "Picture me different: Challenging community ideas about women released from prison. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 48(3), 270-283.
- Pollack, S. (2004). Anti-oppressive social work practice with women in prison: Discursive reconstructions and alternative practices. *British Journal of Social Work*, 34, 693-707. doi.org/10.1093/bjsw/bch085
- Pollack, S. (2012). An imprisoning gaze: Practices of gendered, racialized and epistemic violence. *International Review of Victimology*, 19(1), 103-114. doi:10.1177/0269758012447219
- Pollack, S., & Kendall, K. (2005). Taming the shrew: Regulating prisoners through women-centered mental health programming. *Critical Criminology*, 13(1), 71-87. doi.org/10.1007/s10612-004-61685
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. London, England: Sage.
- Rettner, R. (2010, April 19). Going tanning as addictive as drinking. 1 in 3 college students who tan could be hooked, study says. *NBC News*. Retrieved from http://www.nbcnews.com/id/36650827/ns/health-skin_and_beauty/t/going-tanning-addictive-drinking/#.UXhM2oImb4I

- Rieff, P. (1968). *The triumph of the therapeutic: Uses of faith after Freud*. New York, NY: Harper Torchbooks.
- Rose, N. (1997). *Inventing ourselves: Psychology, power and personhood*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Sang-Hun, C. (2010, May 29). South Korea Expands Aid for Internet Addiction. *New York Times*, A4. Retrieved from http://www.nytimes.com/2010/05/29/world/asia/29game.html?_r=0
- Skorton, D. J. (2010, April 5). The way forward. *The Cornell Daily Sun*. Retrieved from <http://cornellsun.com/blog/2010/04/05/the-way-forward-2/>
- Sloterdijk, P. (2013). *You must change your life* (W. Hoban, Trans.). Malden, MA: Polity.
- Smith, D. (1987). *The everyday world as problematic: A feminist sociology*. Boston, MA: Northeastern University Press.
- Smith, D. (1999). *Writing the social*. Toronto, ON: University of Toronto Press.
- Smith, D. (2005). *Institutional ethnography: A sociology for people*. Landham, MD: Altamira Press.
- Smith, D. E. (Ed.), (2006). *Institutional ethnography as practice*. Landham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.
- Smith, D. (2008). From the 14th floor to the sidewalk: Writing sociology at ground level. *Social Inquiry*, 78(3), 417-422. doi: 10.1111/j.1475-682X.2008.00248.x
- Steiner, C. (2012). *Automate this: How algorithms came to rule the world*. New York, NY: Portfolio/Penguin.
- Strong, T., Gaete Silva, J., Sametband, I, French, J., & Eeson, J. (2012). Counsellors respond to the DSM-IV-TR. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 46(2), 85-106.
- Sygo, J. (2011, March 21). Food addiction: Treatments range from abstinence to mindful eating. *National Post*. Retrieved from <http://www.nationalpost.com/life/health/Food+Addiction+Treatments+range+from+abstinence+mindful+eating/4479662/story.html>
- Thompson, R. (2012). Screwed up, but working on it: (Dis)ordering the self through e-stories. *Narrative Inquiry*, 22(1), 86-104.
- Tucker, A. R., & Blythe, B. (2008). Attention to treatment fidelity in social work outcomes: A review of the literature from the 1990s. *Social Work Research*, 32(3), 185-190.
- Tye, C. S., & Mulle, P. E. (2006). Mental disorders in female prisoners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 266-271. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01784.x
- Valverde, M. (1998). *Diseases of the will: Alcohol and the dilemmas of freedom*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Wade, A. (1997). Small acts of living: Everyday resistance to violence and other forms of oppression. *Contemporary Family Therapy*, 19(1), 23-39. doi:10.1023/A:1026154215299
- Watters, E. (2010). *Crazy like us: Globalizing the American psyche*. New York, NY: Free Press.
- Whitaker, R. (2002). *Mad in America. Bad science, bad medicine and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge, MA: Perseus Book Group.
- Whittaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York, NY: Broadway Paperbacks.

Nota de Autor:

Tom Strong

Monica Sesma-Vazquez
Karen Ross
Tanya Mudry
Emily Doyle
Barbara Pickering
University of Calgary
Calgary Alberta, Canada
monicasesma@gmail.com