

Artículo original



## Sufrimiento psicológico: la experiencia de personas que abandonaron el cuidado en CAPS

## Sofrimento psíquico: a experiência de pessoas que abandonaram o cuidado no CAPS

## Intense psychological suffering: the experience of people who abandoned care in CAPS

Noemi Bandeira<sup>1</sup> Rosana Teresa Onocko-Campos<sup>2</sup> <sup>1</sup>Autor para correspondencia. Universidade Federal de Rondonópolis (Rondonópolis). Mato Grosso, Brasil. noemi@ufr.edu.br<sup>2</sup>Universidade Estadual de Campinas (Campinas). São Paulo, Brasil. rosanaoc@unicamp.br

**RESUMEN | INTRODUCCIÓN:** El Centro de Atención Psicosocial (CAPS - Centro de Atención Psicossocial) es un servicio público de salud, abierto y comunitario, destinado a prestar cuidado a personas con sufrimiento psicológico grave, que se localiza en Brasil. **OBJETIVO:** Este artículo tiene como objetivo caracterizar la experiencia de sufrimiento psicológico de usuarios/as que abandonaron el cuidado de salud en los Centros de Atención Psicosocial. **MÉTODO:** Se trata de investigación cualitativa, con entrevistas en profundidad. Los/as participantes de la investigación fueron ocho personas que dejaron de frecuentar los CAPS. Para el análisis de datos, fue utilizado el análisis de contenido propuesto por Bardin. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Los resultados mostraron que los sujetos presentaban sufrimiento desde la infancia, pero que solo fueron reconocidos como tal después del surgimiento de crisis en la adolescencia y en edad adulta. Fueron encontradas diferencias de género en las experiencias de sufrimiento. Fue evidenciado que los sujetos intentaron nombrar el malestar a través de síntomas conocidos en el discurso científico y psiquiátrico actual. Sin embargo, eso resultó insuficiente como es demostrado por los síntomas corporales y los acting outs, lo que indica que algo escapa al reconocimiento simbólico. **CONSIDERACIONES FINALES:** Concluimos que, frente a la necesidad de reconocer el sufrimiento psicológico, los servicios de salud y la sociedad presentaron respuestas alienadas, capturadas por la racionalidad instrumental, con cosificación de las personas mediante la administración de psicofármacos y así reduciendo las subjetividades a identidades determinadas. Como consecuencia, en un intento de preservar su individualidad, surge el rechazo, el abandono del tratamiento y del medicamento en los usuarios/as.

**PALABRAS CLAVE:** Salud Mental. Centro de Atención Psicosocial. Psicología.

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço público de saúde, aberto e comunitário, destinado a prestar cuidado a pessoas com sofrimento psíquico grave no Brasil. **OBJETIVO:** Esse artigo objetiva caracterizar a experiência de sofrimento psíquico de usuários/as que abandonaram o cuidado em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial. **MÉTODO:** Trata-se de pesquisa qualitativa, com entrevistas em profundidade. Os/as participantes da pesquisa foram oito pessoas que deixaram de frequentar o CAPS. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados mostraram que os sujeitos apresentavam o sofrimento desde a infância, mas que só foram reconhecidos como tal após a emergência de crises na adolescência e na idade adulta. Foram encontradas diferenças de gênero nas vivências de sofrimento. Foi evidenciado que os sujeitos tentaram nomear o mal-estar através de sintomas conhecidos no discurso científico e psiquiátrico vigente. No entanto, isso mostrou-se insuficiente, conforme denunciam os sintomas corporais e os acting outs, provando que algo escapa ao reconhecimento simbólico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluimos que, diante da necessidade de reconhecimento para o sofrimento psíquico, os serviços de saúde e a sociedade apresentaram respostas alienantes, capturadas pela racionalidade instrumental, com a objetificação das pessoas com uso de psicofármacos e com a tentativa de redução das subjetividades a identidades determinadas. Como consequência, o resultado foi a recusa, o abandono do tratamento e dos medicamentos, numa tentativa de preservar o singular.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial. Psicologia.

Presentado 31 marzo 2024, Aceptado 30 sept. 2024,

Publicado 12 nov. 2024

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2024;13:e5689

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2024.e5689> | ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar

Cómo citar este artículo: Bandeira, N., Onocko-Campos, R. T. (2024).

Sufrimiento psicológico: la experiencia de personas que abandonaron el cuidado en CAPS. *Revista Psicología, Diversidade e Saúde*, 13, e5689.<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2024.e5689>

**ABSTRACT | INTRODUCTION:** The Psychosocial Care Center (CAPS - Centro de Atenção Psicossocial) is an open, community-based public health service designed to provide care to people with severe psychological distress in Brazil. **OBJECTIVE:** This article aims to characterize the experience of intense psychological suffering of users who abandoned mental health care in CAPS. **METHOD:** This is qualitative research, through in-depth interviews. The research participants were eight people who stopped attending CAPS. For data analysis, the content analysis proposed by Bardin was used. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** The results showed that the subjects presented severe psychological suffering since childhood, but which were retroactively recognized as such only after the emergence of crises in adolescence and adulthood. Gender differences were found in the experiences of mental illness. It was evidenced that the subjects tried to name the malaise through symptoms known in the current scientific and psychiatric discourse. This naming strategy, however, proved to be insufficient, as the bodily symptoms and acting-outs denounce, proving that something escapes symbolic recognition and does not fit in this narrative. **FINAL CONSIDERATIONS:** We conclude that, given the need for recognition of intense psychological suffering, health services and society presented alienating responses, captured by instrumental rationality, with objectification by experiences with psychotropic drugs, and with the attempt to flatten subjectivities in reductionist names and determined identities. Therefore, refusal and abandonment of treatment and medications appear, in an attempt by users to preserve their uniqueness.

**KEYWORDS:** Mental Health. Psychosocial Care Center. Psychology.

## Introducción

El mundo contemporáneo plantea desafíos a las teorías utilizadas para interpretar el malestar y el sufrimiento humano. No es posible comprender las formas como el sufrimiento psicológico se presenta en la actualidad sin considerar lo que Foucault (1984) llamó “modos de subjetivación”, esto es, fenómenos discursivos de naturaleza social, moral y constituidos históricamente para legitimar saberes y poderes. Actualmente, podemos ver formulaciones en torno a una subjetividad auto-centrada, cuyo valor, paradójicamente, proviene de la exterioridad, moldeada por la cultura del narcisismo (Lasch, 1983) y la sociedad del espectáculo (Debord, 2000), configurada por una estética y actuación en las redes sociales que sería incluso la clave para la lectura de la psicopatología (Birman, 2009).

Desde esta perspectiva, surgen hipótesis en el campo de las ciencias humanas para pensar las formas de subjetivación actuales con implicaciones importantes, como la ausencia de proyectos sociales compartidos, pérdidas en las experiencias del intercambio humanos, dificultad para reconocer al otro en su diferencia y unicidad, es decir, pérdidas significativas en el campo de la alteridad (Birman, 2009). Pacheco y Onocko-Campos (2018), apoyándose en Walter Benjamin, señalan el cambio en la forma de narrativa de la sociedad capitalista fragmentada, con la pérdida de la figura del narrador tradicional y con la expulsión del tema de la muerte como frontera. Los autores señalan la necesidad de rescatar formas de narratividad que favorezcan la restitución del vínculo social.

La valorización del síntoma como fenómeno pasó a ser el interés principal de la psiquiatría, que menosprecia cada vez más las narrativas existenciales. Hay una degradación de la perspectiva clínica, de las hipótesis clínicas construidas a partir de la escucha, y una valoración creciente de los síntomas como si estos fueran neutros, puramente neuronales, químicos o físicos, sin la dimensión subjetiva (Birman, 2009). No debemos olvidar que este hecho está vinculado a la función social de la ciencia en la actualidad, mientras una fuerte influencia sobre los modos de subjetivación, que ofrece sentido al sufrimiento, a través de discursos “académico-empresariales”, principalmente con la exclusión del sujeto de las causas de lo que le aqueja (Silva-Junior, 2017). Este autor desarrolló hipótesis sobre cómo la psiquiatría avanzó con énfasis en la técnica en detrimento de la teoría, alterando la forma de narrar el sufrimiento, con la supresión del destino de las narrativas autobiográficas del sujeto y el incremento de las marcas corporales.

Teniendo en cuenta estas cuestiones sobre la subjetividad y el sufrimiento psicológico, este artículo buscó dar visibilidad a narrativas sobre el malestar de personas que, por algún motivo, abandonaron su tratamiento en el Centro de Atención Psicossocial (CAPS). Entendemos por abandono del tratamiento la situación en la que la persona ya no acude al servicio por un período superior a tres meses y ya no responde a ningún intento de contacto con el equipo del CAPS. Sin embargo, no encontramos consenso sobre la terminología para describir esta situación. Se utilizó el que más aparecía en los registros médicos: abandono, alta administrativa por abandono del tratamiento y/o no adherencia. La mayoría de los casos de abandono fueron personas que tuvieron dificultades para adherirse a las formas de tratamiento propuestas, pero pueden haber casos de baja adherencia durante un determinado período de tiempo y luego abandono. Como criterio, independientemente de lo indicado en el registro médico, en este estudio se consideró como desertores a todos aquellos que ya no asistían y que no fueron dados de alta de la clínica.

Las preguntas que se formularon fueron: ¿Cómo la gente nombraba y explicaba su sufrimiento? ¿Estaban todavía en sufrimiento psicológico? ¿Existe asociación, desde la perspectiva de estos usuarios, entre la forma en que se trató el sufrimiento y el abandono de la atención en el CAPS?

Se encontraron muy pocos estudios sobre la experiencia del sufrimiento psicológico desde la perspectiva de los propios sujetos del sufrimiento, definición dada por [Costa-Rosa](#) (2011). De hecho, la expresión “sufrimiento psicológico” ni siquiera existe en los descriptores de salud. Lo más parecido que encontrarás en la búsqueda son los términos: estrés psicológico, trastornos mentales y trastorno de estrés postraumático. Este simple hecho ya deja en evidencia el acortamiento de las narrativas sobre el sufrimiento psicológico que está actualmente de moda en el ámbito de la salud, en nombre de una reducción a las categorías nosográficas de la psiquiatría.

Este estudio se derivó de una investigación multicéntrica, que realizó un censo con usuarios de 06 CAPS para adultos con sufrimiento mental grave en Campinas/SP. Después de la fase cuantitativa, se verificó que el 41,8% (n=394) de las personas registradas en estos servicios no fueron localizadas. Se constató que, de estos, 72 casos fueron descritos por los servicios como abandono o no adherencia al tratamiento, lo que llevó a la necesidad de investigar las causas de este fenómeno. En este artículo el objetivo fue analizar la experiencia de estos usuarios en relación al sufrimiento psicológico.

## Metodología

Se utilizó metodología cualitativa. Se realizaron ocho entrevistas en profundidad a sujetos que abandonaron el tratamiento en el CAPS. En la investigación realizada anteriormente, se encuestó el número de usuarios registrados en los CAPS durante un período de tres años que no acudían al servicio desde hacía más de tres meses, aunque no se encontraban en estado de alta. A través de los registros médicos se identificó que la mayoría de los casos fueron descritos como abandono o no adherencia al tratamiento. Tras esta encuesta se procedió a una búsqueda de estas personas, primero por teléfono y luego por dirección. Se buscaron 72 personas, de las cuales 48 no fueron identificadas con información válida de teléfono o dirección. De los otros 24, hubo 4 negativas por teléfono y 20 fueron buscadas por domicilio. De ellos, sólo 8 fueron encontrados en las viviendas y aceptaron participar en la investigación. Luego de la firma del Formulario de Consentimiento Libre e Informado (TCLE), las entrevistas fueron realizadas en los hogares, grabadas y posteriormente transcritas.

La siguiente tabla presenta una breve descripción de los entrevistados, con nombres ficticios.

**Tabla 1.** Caracterización de los participantes

Sujetos	Género	Edad	Tempo de enfermedad (auto-referida)
Nádia	Femenino	50 años	18 años
Jéssica	Femenino	30 años	Aprox. 15 años
Camila	Femenino	31 años	2 años
Manuela	Femenino	51 años	8 años
Miguel	Masculino	21 años	7 años
Augusto	Masculino	60 años	3 años
Murilo	Masculino	26 años	9 años
Eduardo	Masculino	52 años	Aprox. 5 años

Fuente: las autoras (2024).

Se utilizó una entrevista abierta, con escucha basada en la libre asociación, concepto psicoanalítico, procurando no introducir significantes que no fueran claramente traídos por los entrevistados. Sin embargo, los entrevistados sabían que la investigadora era psicóloga y que estaba allí para conocer su experiencia con el sufrimiento mental y los servicios de salud, a través del TCLE leído y firmado al inicio y que configuró el campo de la entrevista. Al principio no hubo ninguna pregunta desencadenante, los entrevistados comenzaron a hablar donde quisieron, a partir de una conversación espontánea sobre cualquier tema, como el cansancio después de un día de trabajo, o la dificultad para salir de casa. De esta manera, continuidades, discontinuidades, rupturas y pausas fueron introducidas, en su mayoría, por los entrevistados. El investigador interrumpió sólo para pedir aclaraciones sobre cosas que ya habían sido abordadas por el/la participante. Todas las entrevistas duraron entre hora y media y dos horas. Se eligió este enfoque para lograr la mayor espontaneidad posible, ya que la intención era que el participante construyera una narrativa sobre el sufrimiento en sus propias palabras, con la mínima interferencia del investigador.

Después de la transcripción completa de las entrevistas, se procedió a la lectura fluctuante del material, buscando impresiones y orientaciones que pudieran llevar posteriormente al surgimiento de hipótesis. Luego, el material fue explorado y analizado con la ayuda del software *Maxqda Analytics Pro 2020*. Se elaboró la codificación por temas. Los temas fueron elegidos por ser unidades de significado que se desprendieron espontáneamente en las entrevistas, según los "núcleos de sentido", es decir, unidades cuya presencia o frecuencia, en el texto, se consideraron relevantes para el objetivo del análisis (Bardin, 2016). Con la ayuda del *Software Maxqda*, es posible identificar qué temas fueron más frecuentes en las entrevistas, ya que el software proporciona la frecuencia numérica de los temas codificados a lo largo del material. Este aspecto es interesante si consideramos que la entrevista fue abierta, sin libreto, ya que ilustra los temas más discutidos por los entrevistados, es decir, repetidos espontáneamente.

El siguiente paso consistió en la categorización por acervos, es decir, las unidades de registro se reagruparon en diferentes conjuntos, con el objetivo de brindar la condensación de las unidades en una categoría más integral, cuyo título conceptual sólo se elaboró al final. Se formaron seis grandes categorías: primeras experiencias de sufrimiento en la infancia/adolescencia; la experiencia del sufrimiento psicológico en la vida adulta; relación con los medicamentos; relaciones afectivas; rutina, trabajo y vida social; y atención en los servicios de salud. En este artículo abordaremos exclusivamente la experiencia del sufrimiento psicológico, considerando la infancia y la adolescencia. El análisis de las otras categorías fue presentado en otros artículos.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidade Estadual de Campinas mediante el dictamen técnico nº 2.225.109. Se realizó respetando las normas y directrices brasileñas que regulan las investigaciones con seres humanos - Resolución CNS 466/2012 y garantizando el anonimato de los sujetos, ya que todos los nombres utilizados en la descripción de los resultados son ficticios.

## Resultados y discusión

En primer lugar, con mayor frecuencia, como era de esperar, dada la configuración del campo de la entrevista, aparecieron narrativas sobre la experiencia con sufrimiento, síntomas, sensaciones y dificultades, especialmente de los momentos más agudos. En segundo lugar, tuvieron lugar discursos sobre la experiencia con la medicación. En tercer lugar, quedó la experiencia con los servicios de salud. Justo debajo se clasificaron las secuencias sobre vida familiar, trabajo, intereses personales, ocio, estudios. Los temas que menos aparecieron fueron el estigma, la vida social, los sueños y la vivienda. Cabe destacar las bajas frecuencias de temas como lo emocional, la vida social y la religión. Un aspecto positivo es que los discursos sobre las hospitalizaciones psiquiátricas también fueron pocos, reducidos a tres breves extractos. En esta muestra de entrevistados, sólo tres fueron ingresados en un hospital general y ninguno de ellos en un hospital psiquiátrico.

## Un tiempo: páginas (in)felices de la historia

Los entrevistados trajeron sus recuerdos de la infancia, la adolescencia y la percepción de los primeros signos de malestar psicológico. Se notó una diferencia de género en las narrativas de las experiencias. Los sujetos masculinos mencionaron experiencias escolares, o jugar en la calle, jugar al fútbol, sin muchos detalles, algunas de ellas descritas positivamente. También informaron problemas como aislamiento social, miedo a las personas, problemas de comportamiento con rabieta y ganas de llorar. "Desde que tenía siete años me hacía llorar, tenía ganas de llorar y así fue creciendo..." (Eduardo, 2019).

*Siempre he estado aislado. Mi madre decía que yo me alejaba de la gente, que me guardaba para mí [...] Me alejaba por miedo, miedo a gente nueva, a que apareciera gente nueva, me medio agitaba, pero de cualquier ser humano yo iba a tener miedo, de todos modos (Miguel, 2019).*

Las entrevistas con las mujeres mostraron algo muy diferente del contenido con los hombres. Los relatos se centraron en recuerdos de experiencias domésticas y conflictos en las relaciones familiares.

*En mi infancia, solo trabajaba. Trabajé como niñera, trabajé mucho en la finca para ayudarlos, mi madre también trabajaba en la finca. Mi padre maltrataba mucho a mi madre. Mi padre bebía mucho, nos maltrataba mucho. [...] Llegaba el fin de semana, no dormíamos dentro de casa, dormíamos todos afuera... no nos dejaba. Un día, él le abrió la cabeza, así que, ya sabes, estaba casi ciega... nosotros vemos todo, ¿sabes? (Nadia, 2019).*

*Mi familia, mi padre bebía mucho, cuando yo era niña, bebía demasiado, llegaba de aquella manera a casa, ya sabes, rompía todo [...]. A veces llegaba, fingíamos que estábamos durmiendo, entonces él iba, tomaba el cuchillo e iba a nuestra habitación, entonces teníamos que salir corriendo de madrugada y escondernos hasta llegar a la mañana temprano, porque entonces se le habría pasado el trago y estaba más tranquilo. Entonces creo que me sentí más mal por eso (Jessica, 2019)*

Dos temas predominaron en el discurso de las mujeres: el trabajo durante la infancia y la violencia intrafamiliar. Surgen narrativas de familias extensas, con varios hijos, pobreza, violencia y alcoholismo en contextos de vida muy difíciles. Una de las entrevistadas habló muy poco sobre su infancia, solo evocó recuerdos de haber perdido repentinamente a su madre, de un padre ausente y de haber sido criada por sus tías. Cuando eran niñas, estas mujeres cuidaban de otros niños y de sus propios hermanos, o trabajaban fuera del hogar para ayudar con los ingresos familiares. En las narrativas de mujeres que sufrieron violencia aparecen duros pasajes relacionados con la agresión de sus padres.

De los relatos surgió la cuestión de las diferencias de género en las experiencias de infancia. Evidentemente es difícil hacer inferencias basándose únicamente en los recuerdos de infancia, pero este aspecto destaca y se suma a los estudios que señalan la necesidad de incorporar elementos de género en los estudios sobre el sufrimiento psicológico, considerando factores sociales que engendran diferentes formas de sufrimiento para cada género (Santos, 2009; Zanello & Silva, 2012). La experiencia de dolencia y el significado de sufrir es vivida de manera diferente por mujeres y hombres, y para ellas estaba más vinculada a las tareas domésticas, el trabajo y la violencia, mientras que para ellos tenía que ver con problemas de conducta y aislamiento social. Los estudios también demostraron que la dolencia femenina está marcada por experiencias de represión y violencia sexual, además de la invisibilidad del papel social de las mujeres, mientras que, para los hombres, el sufrimiento aparece permeado por experiencias de exclusión del espacio público, pérdida de identidad de trabajadores y proveedores, y de la capacidad de desempeño sexual (Santos, 2009; Zanello & Silva, 2012).

Además de eso, se evidenció en este estudio que síntomas que surgieron en la infancia y la adolescencia, como el aislamiento social, el llanto, la tristeza, las rabieta excesivas, el sufrimiento por la violencia, el trabajo y la pobreza en la infancia, el *cutting*, el nerviosismo, la agresión y los pensamientos



suicidas fueron subestimados, explicados como un calvario religioso o simplemente no fueron ni siquiera reconocidos por los familiares como sufrimiento, como lo indica el discurso de Eduardo (2019): "Yo tuve esos problemas, sabes, mi padre iba a la iglesia, pero no resolvía nada. No decían por qué yo estaba con aquello. ¿Pero por qué estoy sufriendo? En sus cabezas [...] Dios estaba probando".

Hay estudios que apuntan a la búsqueda de explicaciones fantasiosas o místicas, por parte de la familia, a raíz de la falta de reconocimiento del sufrimiento psicológico del niño o adolescente (Vicente, Marcon, & Higarashi, 2016; Vieira & Pegoraro, 2020).

### Rupturas: la emergencia del malestar

En todos los casos analizados las crisis agudas se ubicaron después de la adolescencia. A pesar de los relatos de problemas en la infancia, los entrevistados identificaron la situación de sufrimiento cuando empeoró significativamente, en la adolescencia o la edad adulta.

*En realidad no recuerdo cuántos años tenía, pero solía cortarme, empezó cuando era adolescente, pero luego a nadie le importó, mis hermanas solían decir que era para llamar la atención. Solía cortarme con una navaja, por un tiempo estaba en mi brazo, pero luego como lo vio mucha gente, luego comencé en mi pierna, que nadie vio. [...] Entonces pasé un momento malo, y nadie se imaginaba cómo era. Después al rato me ahorqué, él [el novio] me encontró colgada (Jessica, 2019).*

*De hecho, sucedió así: tenía diecisiete años, entré en el ejército y fui a servir. Pero ahí, para mí, no aguantaba la presión, que era mucha presión psicológica, sentías mucha hambre, mucha sed, mucho enojo, prisa, cansancio, todo al extremo. Y este extremo que viví en el cuartel, no lo pude soportar, terminé teniendo un brote psicótico (Murilo, 2019).*

Uno de los entrevistados tuvo dificultades para situar en el tiempo cronológico el inicio de su sufrimiento psicológico y narró los síntomas mezclando el pasado con el presente. En lugar de lo cronológico, su localización temporal, el inicio de los problemas, está marcado con acontecimientos, como la muerte de sus padres, que no dice cuándo ocurrió. Llama la atención que este sujeto, al parecer, aún vive un

intenso sufrimiento psicológico y no parece tener claridad sobre su condición. Esto se desprende de su discurso discontinuo, confuso, repetitivo y contradictorio, en el que a veces dice que está bien, a veces admite que se siente mal.

*A veces todavía tengo este problema... pero estoy curado de eso. A veces me pongo nervioso, a veces lloro por dentro y eso... ¿sabes? Perdí a mi padre [...] y todo empeoró un poco [...]. Me sentía muy mal, quería hacer alguna estupidez, para... no sé... salir, había veces que quería estrellar mi auto contra un poste. Jugar... Pensé estas cosas, hoy ya no pienso, ¿entiendes? No me gusta recordar, ya sabes, que también pienso en mi padre, en todo. [...] de hecho, hasta el día de hoy siento esas ganas de no vivir, ¿sabes? Todavía siento estos problemas, pero me los guardo para mí, ¿no es? (Augusto, 2019).*

Miguel no recuerda las crisis. Recuerda haber acudido a un profesional cuando era niño y hacer dibujos. No se identifica con el diagnóstico que le dieron, se siente extraño y niega haber tenido algún problema de salud mental. Un caso de lo que la psiquiatría llama falta de crítica sobre tu condición. Al mismo tiempo parece haber prestado atención a lo que dijeron, pues repite lo que dijeron, pero de forma dividida. El parece haber vivido experiencias cortadas, rupturas temporales sin narratorio, apenas con algunos indicios de esas discontinuidades. Esto se nota en la forma en que contrasta la velocidad de saber que había llegado al punto actual de su vida y la sensación de hace mucho tiempo, de que no sabía que tenía esquizofrenia, pero tiene pocos recuerdos, se refiere a su infancia. como "un flash así de repente en el rostro de la persona".

*¿Si tuve algún problema de salud mental? No, no tuve ningún problema. No llegué a tener ninguna crisis. Antes de la medicina, no vi a nadie decir que estaba pasando por una crisis. Simplemente pensé que era extraño que padeciera esquizofrenia. Fue directo y fue rápido, saber que tengo esquizofrenia... y... no sé qué pensar. Es difícil saber por qué tengo esquizofrenia, desde el punto de vista de todos... ¡complicado! [...] ¡Solo lo tuve! ¡Esquizofrenia! Y otro nombre que no sé. Pero no sé si eso fue normal o si fue bueno para mí haber escuchado eso sobre la esquizofrenia. Es algo diferente. De la nada. Pensé que no lo tenía. Yo tenía esa edad de todos modos. Reciente. Hace bastante tiempo sin saber que yo tenía esquizofrenia.*

Recién ahora descubrí que lo tengo. Antes pensaba que era autismo, no creo que tuviera nada que ver, por mi forma de ser, de aislarme, en el mundo mismo, como es el autismo. Pero ahora llegó la esquizofrenia y desapareció la idea de tener autismo... (Miguel, 2019)

Camila trató de entender qué le pasó. Estudiante de humanidades, hablaba de manera muy elocuente y cuestionadora. Dijo que empezó a ver a un psicoanalista y, después de dos sesiones, tuvo una crisis. Situó el inicio de las crisis alrededor de los 29 años, cuando estaba en el trabajo.

*Al principio incluso pensé que era por algo que el psicoanalista empezó a cavar en mí y me desestabilizó, ya sabes, porque las dos veces fui bien al inicio del psicoanálisis. Pero la primera vez lo busqué porque ya no estaba bien. [...] Entonces, no sé si afecta algo que me desestabiliza, que creo que también puede ser, o porque me lo pregunto mucho, ¿sabes? “¿Por qué pudo haber sucedido esto? ¿Qué pasó en mi infancia? ¿Por qué me meto en este delirio?” (Camila, 2019).*

Aunque el malestar está presente desde la infancia, en todos los casos estudiados el desencadenamiento de una crisis aguda se produjo al final de la adolescencia y al inicio de la edad adulta, cuando el sufrimiento se vio agravado por problemas relacionados con situaciones de alistamiento en el ejército, trabajo, dificultades conyugales o niños y dolor. Este momento está marcado por rupturas, como crisis psicóticas e intentos de suicidio. No siempre se establecieron asociaciones entre estos desencadenantes externos y las crisis.

## Narrativas del sufrimiento

Para abordar la experiencia del sufrimiento fue necesario reflexionar sobre cómo las personas narraban sus experiencias. Comenzamos con la forma en que los sujetos nombraron su malestar. Nombrar, autodiagnóstico, es el acto “que capta y localiza la serie abierta de expectativas, incertidumbres e indeterminaciones que rodean tu situación de sufrimiento” (Dunker, 2015, p. 24). El autor postula que, si el malestar es inherente a nuestra condición humana frente a las normas sociales, como ya señaló Freud en 1930, en su texto El malestar en la cultura

(Freud, 2010), el sufrimiento tiene una gramática que lo sitúa en una condición de reconocimiento intersubjetivo y compartido, que lo determina como tal. El síntoma, como acto de designación, crea una nueva unidad de discurso, inscribiendo malestar y sufrimiento en una narrativa. Empezamos con el nombramiento. ¿Qué dijeron nuestros sujetos sobre lo que tienen? ¿Cómo se nombró cada uno? ¿Cuáles son los rostros del sufrimiento? ¿Qué nombres les dieron a los disturbios que les molestaban?

En la mayoría de los casos, los nombres surgieron de lo que escucharon sobre el diagnóstico psiquiátrico, es decir, formas de inscribir su sufrimiento en un cuadro clínico socialmente reconocido, una gramática social del sufrimiento (Safate, 2018). Pero no sólo eso. A pesar de autonombrarse con nombres psiquiátricos, los entrevistados describieron sensaciones, percepciones, pensamientos y situaciones que iban más allá de este autonombramiento, pero que configuraban modos particulares de sufrimiento, como se ilustra en los siguientes extractos.

*Sé que no parezco tener el trastorno afectivo bipolar que tengo. Entonces, hubo un momento en que me di cuenta de que estaba muy mal, estaba muy... ay, detalle, yo también tenía depresión... ¡La depresión es horrible! Recuerdo muy bien que todo lo que hacía, solo quería acostarme y cerrar el ojo, todo el día, porque cuando dormía no lo sentía, pero cuando despertaba parecía que era algo que se conectaba, lo mismo, yo creo, si te sale uno... algo que te molesta, y te sigue molestando todo el día, una astilla así, algo, te molesta, todo el día, eso ahí mismo, me hizo sentir realmente mal (Murilo, 2019).*

*Tuve síndrome de pánico. Con solo abrir la puerta, ¡guau, estaba muerto de miedo! Luego trabajé como cobrador aquí un par de meses, el tipo me robó en el autobús, allí, aquél trauma, ¿no es? Entonces tuve síndrome de pánico, como si viera gente en el autobús, en la calle, me asustaba, como si, por ejemplo, hubiera dos personas hablando, en mi cabeza estaban hablando de mí. [...] Antes ya había señales, después de este robo empeoró, ¿no? Cuando somos así, nos quedamos... preocupándonos, ya sabes, por cosas: “Ahora, ¿qué va a pasar conmigo? ¿Qué pasa si algo le pasa a mi familia? ¿Y si estoy solo?” (Eduardo, 2019).*

*Empecé a sentirme rara, un poco deprimida, pero a la vez agitada, estaba perdiendo un poco el control, no sabía si comía, me quedaba sin dormir, empezó más o menos así, un cansancio de eso de allí, un estrés que se fue acumulando, acumulando hasta que enloquecí, estaba un poco incrédula, pensando que todo era mentira, que mis amigos y familiares querían estudiarme, ya sabes, realmente entré en una neurosis (Camila, 2019).*

Estos extractos de discursos presentan el malestar a través de signos actualmente bien reconocidos. Se constata el efecto del acto diagnóstico, es decir, la denominación normativa de los síntomas en condiciones clínicas regulares, operación “terriblemente reductiva en relación al dominio de la experiencia que comprime y generaliza” (Dunker, 2015, p. 26). Esto sucede gracias a la racionalidad diagnóstica, que cifra, reconoce y nombra el malestar, legitimando el sufrimiento y estableciendo las formas del síntoma (Dunker, 2015). Gonçalves y Onocko-Campos (2017) también encontraron en su investigación la tensión entre la construcción y reproducción de esta identidad del paciente, un lugar socialmente legitimado que da acceso a algunos derechos, frente a la legitimación de la singularidad de la experiencia. Además de la pérdida de la dimensión histórica del sujeto, existen otros dos problemas en la conformación de esta identidad de paciente: uno es que el foco pasa a ser la enfermedad, los diagnósticos y los síntomas, en detrimento de la unicidad del sujeto y el otro es el estigma que acompaña el discurso sobre la locura (Gonçalves & Onocko-Campos, 2017).

Un punto interesante fue percibir que nombrar los síntomas, auto diagnosticarse, nombrar el malestar, crear una trama narrativa para el sufrimiento es inmanente a la experiencia. Sólo se padece algo que tiene nombre en el ámbito social. Antes de saber lo que tenían, es decir, antes de recibir un diagnóstico, los entrevistados no lo reconocían como un problema, hecho que sólo se produce de forma retroactiva. En otras palabras, si el malestar ha estado ahí todo el tiempo, el sufrimiento es una narrativa que sólo puede reconocerse a través de la metáfora del síntoma. En este sentido, este estudio corrobora las hipótesis de Dunker (2015) acerca de que el nombre es al malestar como la narrativa al sufrimiento y el síntoma a la metáfora. La característica de la narrativa aparece aquí claramente, según el rescate que Onocko-Campos y Furtado (2008) traen de Ricoeur: sobre la narrativa, como historias no (aún) narradas, la mediación entre experiencia y discurso,

es decir, a través del lenguaje narrativo, se articulan experiencia y acción. De esta manera, podemos ver la narrativa como la intersección de una experiencia con los discursos sociales.

*Así, articula relaciones de poder, políticas, de identidad y de contexto, percibidas tanto diacrónica como sincrónicamente, lo que denota la compleja relación entre narrativas y discursos sociales. En la relación entre texto, narrativa y discurso se pudieron ver las condiciones para la inserción y circulación de dichos sociales, ideologías y realidades de la vida cotidiana (Onocko-Campos & Furtado, 2008, p. 1093).*

Profundizando en las descripciones, uno se da cuenta de que conducen a sensaciones y percepciones singulares, que van más allá de esta denominación superficial de la psiquiatría y que aporta la reflexión de que, si bien estos nombres pueden aliviar un poco la angustia y ofrecer una cierta ancla para la identificación, los sujetos escuchados aquí, en este estudio, generalmente fueron más allá y describieron síntomas corporales. Incluso se podría decir que ensayaron una narrativa un poco más amplia del sufrimiento, que no se limitaba a los nombres dados por los profesionales o el conocimiento psiquiátrico, sino que incluía metáforas corporales.

*A veces veía imágenes, o bultos, como dicen, llamándome, oía voces. Y luego, cuando dormía así, me despertaba asustado, tipo, alguien intentaba atraparme. [...]. Entonces comencé a sentirme, como dicen, mareado, nervioso [...] Tenía ganas de agredir, de gritar, de hablar alto. [...] solo que comenzó, mi barriga, parece que tenía algo, ¿sabes cuando te dan puntos? Pero esos puntos del interior, pareciendo que era [...]. Aquí en mi vientre siento como ardor, dolor, siento mucho dolor. Y le dije al médico: doctor, siento algo aquí... (Augusto, 2019).*

Augusto no logra localizar de dónde salió esta "cosa" que se apoderó de su cuerpo. Escuchó que sufría de “nerviosismo” y ansiedad, pero cada vez localiza algo en su cuerpo, principalmente en su barriga, que parece haber sido cosido con puntos por dentro. “Estos días fui al médico, sentí mucho dolor nuevamente, dolor en el cuerpo, me dolía la cabeza”. Además, culpa al insomnio que lo atormenta y para el que busca alivio, sin relacionarlo con la ansiedad. “No soy capaz. Si duermo, es una hora, cuarenta minutos, no creo que pueda dormir dos horas por noche. Siempre... hace muchos años. (...) quería un tratamiento que me (sic) dormir” (Augusto, 2019).



Por los bultos, las voces, las ganas de agresión, de suicidarse o por los mareos, el nerviosismo, no busca medicamentos, no acepta ni ingiere los que le recomiendan, dice que nunca pensó en tratar la ansiedad. Estos fenómenos le parecen inconexos, fragmentos sin nombre concreto, sensaciones que lo invaden sin que pueda construir una trama encadenada. Parecen episódicos. Se puede inferir que la dificultad para nombrar el malestar está en el origen de la gran angustia que se manifiesta en sus declaraciones. En este caso, no se trata de recurrir a una denominación normativa de los síntomas, como hace la psiquiatría, sino de poder encontrar, el mismo, formas expresivas que reúnan la experiencia de malestar y sufrimiento en signos que puedan ser reconocidos. Lo más paradójico de la situación es que el sujeto necesita encontrar sus significantes singulares, pero para que sean reconocidos necesita insertarse en una normatividad discursiva, sin la cual su sufrimiento no es escuchado. Mientras duda en aceptar una cita psiquiátrica y no encuentra otra narrativa, su angustia se desborda por su cuerpo, sin contorno. Después de todo, “la pesadilla de que no se reconozca tu sufrimiento es proporcional a la dificultad de nombrar el malestar” (Dunker, 2015, p. 25).

*Soy una persona así... de muy bajo astral. Me quedo atascado mucho. [...] Esto que me viene encima, como, ya sabes, esa cosa mala que pasa, esa aflicción, esas ganas de morir, esas ganas de nada... A veces hasta... ni me reconozco. Si tienes una crisis, te asfixia, viene la tristeza, lloras, esa angustia, ese malestar, ¡es horrible! [...] no pensé, ¿conoces una voz? Una voz que viene así y te dice así: [...] “¿Ves que tu vida es una porquería? ¿Por qué vives? ¿Para qué? Ya no tienes un hijo pequeño”. ¡Así es! Esa voz es clara, ¿entiendes? [...] La depresión es un problema mental y la persona tiene la mente débil (Nádia, 2019).*

Nádia se describe a sí misma como una persona de bajo astral, confusa y de mente débil. No se reconoce en ‘lo que le pasa’, ni en la voz que la invade cuestionando el porqué de su existencia. Esta forma de expresar su malestar nos abre espacio para abordar un aspecto planteado por Dunker (2015) sobre el problema de los síntomas como expresiones particularizadas y naturalizadas de las posibilidades universales del sujeto, es decir, individualizaciones del sufrimiento social que no pueden ser reconocidas. “En otras palabras, un síntoma es un fragmento de libertad perdida, impuesta a uno mismo o a los demás” (Dunker, 2015, p. 32).

La reflexión que se abre es hasta qué punto esta narrativa es, en sí misma, esclarecedora de la demanda de reconocimiento intersubjetivo en la que se inserta el sufrimiento. Al mismo tiempo que Nádia produce una descripción de algo que le parece irreconocible, está hablando de sí misma y es la propia autora, demostrando el no reconocimiento de la alteridad en sí y la exteriorización de lo que no puede reconocerse como propio. Como afirma Dunker (2015, p. 224), “todo sufrimiento contiene una demanda de reconocimiento y responde a una política de identificación”.

Lo que ella denomina síntomas tiene una conexión directa con lo deseable, lo normativo, como “identificaciones negadas, abolidas o retiradas” (Dunker, 2015, p. 36). Tener un bajo astral, estar confundido, tener la mente débil son negatividades reconocidas por la gramática de lo patológico, como lo anormal, lo diferente, lo que lo social quiere colocar fuera, fuera de lo normal. De esta manera, Nádia expresa una forma de manifestación de la patología social, en el sentido formulado por Safatle (2018) como deseo alienado y socializado, vinculados entre sí por la producción de identidades subjetivas cuya característica es la internalización de fantasías y normas.

*No sé decirte, en realidad, de dónde viene esa tristeza, en realidad no sé, simplemente viene, solo me siento triste, no quiero hablar, no quiero hablar. [...] Y luego simplemente quieres terminar con eso [...] Solía hacerme cortes, pero, en realidad, nunca lo hice para suicidarme, solo fue para lastimarme. Si estoy realmente mal, a veces es un dolor, un dolor que ni siquiera puedo explicar. Entonces, simplemente quieres eliminar ese dolor o al menos desviar la atención de ese dolor, así que quiero sentir otro dolor, ¿sabes? O me cortaba o a veces empezaba a golpearme la cabeza contra la pared, o me tiraba del cabello aquí, arrancándome el cabello, para provocar otro tipo de dolor (Jessica, 2019).*

Nos vimos obligadas a pensar, a partir del discurso de Jessica, en cómo el sufrimiento, llamado psíquico, no existe sin cuerpo. Cortarse, sentir un dolor inexplicable, golpearse la cabeza contra la pared, arrancarse el pelo, descripciones de acciones que se relacionan con una forma cada vez más común de expresar síntomas en el mundo actual, exteriorización a través del acting out o paso al acto, característico

de un déficit narrativo, la dificultad de inscribir la angustia en el lenguaje, lo que lleva a una “reducción del malestar al dolor sensorial” (Dunker, 2015, p. 33). El dolor en el cuerpo viene como sustituto del dolor psíquico, para apaciguarlo, como “una especie de juego simbólico en el dominio del dolor, oponiendo el dolor al sufrimiento, la herida física al desgarrar del alma” (Fortes & Macedo, 2017, p. 356).

*No querer hablar con nadie, simplemente entrar, cerrar la puerta y quedarse ahí. No tengo ganas de conversar, quiero estar solo. [...] A veces, te sientas a hablar con alguien y te empieza a criticar, empieza a hablar, entonces dices: ‘¿sabes qué? ¡Voy a empeorar!’ Entonces, más fácil no hablar. ¡Simplemente no hables! (Jessica, 2019).*

Del extracto anterior extraemos aspectos como el aislamiento y la falta de un interlocutor con quien compartir el sufrimiento. Jéssica afirmó que a nadie le importaba su dolor, “nadie le daba importancia” y esto provocó que buscara aislamiento y terminara haciendo cortes cada vez más profundos.

“Si todavía hay alguien para conversar: vaya, me siento así, no estoy bien, vaya, aprieta... ¿y cuando tú no lo tienes? Te quedas en esa agonía, dentro de casa, solita, sin nadie con quien conversar, ¡vaya, es horrible!” (Nádia, 2019). Estas afirmaciones nos llevaron a reflexionar sobre la precariedad en el campo de la alteridad, a través de la relación más cercana con el otro, como si no hubiera interlocutor, el sentimiento de ausencia de la presencia del otro (Fortes & Macedo, 2017).

Si, por un lado, no hay otra persona que reciba el mensaje de dolor, por otro, al propio sujeto le resulta difícil admitir ante los demás que está triste, sufriendo o angustiado. Sin embargo, la ausencia del otro refuerza la imposibilidad de encontrar palabras para el dolor, ya que la resonancia del otro es condición necesaria para que el sufrimiento psicológico se constituya como tal (Fortes & Macedo, 2017, p. 357).

De esta forma, no basta con que el conocimiento médico dé un nombre al malestar. Si, según Dunker (2015, p. 278), “el nombre es para el malestar como la narrativa es para el sufrimiento y el síntoma es para la metáfora”, es precisamente la falta de

testigos y narrativas para el sufrimiento que hace que prevalezcan esas formas de descargas de dolor en el cuerpo, sin protección (Birman, 2012). Dunker (2015) señala uno de los meta-diagnósticos de la modernidad, a saber, el exceso de experiencias improductivas de determinación, una forma de empobrecimiento de la experiencia de autodeterminación, una colonización por instituciones, discursos e ideales alienantes, una hipertrofia de identidades, sistemas y dispositivos disciplinarios, en el sentido de la biopolítica de Foucault, con la captura de la vida y la experiencia por una racionalidad instrumental, técnica. Esas experiencias improductivas de determinación no generan un reconocimiento social simbólico significativo (Dunker, 2015).

La dificultad de encontrar palabras para expresar el sufrimiento a través de una narrativa, de encontrar un interlocutor para este esfuerzo, que le dé el debido reconocimiento social, está en la misma proporción que la necesidad de hacerlo. Esa fue la sensación que tuvimos al realizar las entrevistas, una tarea que resultó bastante delicada, ya que intentamos crear un campo transferencial donde pudiera salir a la luz algo a lo que la gente no estaba acostumbrada, es decir, nombrar el malestar, creando una trama para contar tu sufrimiento, yendo más allá de los nombres de los síntomas. Aún con dificultades, los entrevistados estaban dispuestos a hablar. En un determinado punto, una de las participantes afirmó que decía más de lo que decía a los profesionales de los servicios de salud mental a los que acudía, principalmente psicólogos. “Porque normalmente yo no hablaba, solo dejaba pasar el tiempo para que el tiempo se acabara rápido” (Jéssica, 2019). Otro entrevistado, también con síntomas expresados masivamente en el cuerpo, habló de su falta de interlocutor: “No, nunca hablé de estos problemas, sólo dentro de mí. Y, además, no preguntaron en la época...” (Augusto, 2019).

Otro aspecto importante por destacar es la explicación que dieron los entrevistados sobre el origen del sufrimiento que los afectaba. Después de que el sujeto reconoció su experiencia como sufrimiento, buscó explicaciones causales. Algunas afirmaciones sugieren la hipótesis de lo hereditario, o de disfunciones del cuerpo, que fueron desencadenadas por situaciones externas.

*Oh, creo que viene de familia, ¿verdad? Mi tía tiene este problema, mi tía... Estuvo fuera de sí. Después de tener ese miedo, nunca volvió a la normalidad. Se volvió esquizofrénica. Mi hermana tuvo un ataque de trastorno de pánico (Eduardo, 2019).*

*Pudo haber sido algo hormonal, como también se dijo, a veces hormonal o algo que no iba bien y lo pudo desencadenar, o incluso externo, puede ser tanto interno como externo, en fin... (Camila, 2019).*

Otra explicación se refería a los problemas derivados del exceso de trabajo o de la falta de trabajo, en este caso el hecho de estar desempleada y no poder encontrar un nuevo puesto en el mercado laboral. Entendemos que esto se trae como un elemento adicional, en el marco de varios otros problemas que contribuyeron a la enfermedad.

*No sé exactamente cuándo empezó el insomnio. Dormía en la niñez y la adolescencia. Ha pasado un tiempo... Yo tampoco lo sé, por el trabajo, porque yo también trabajaba mucho. Mucho. Empecé a trabajar, cuando tenía quince, dieciséis años, trabajé 240 horas más, o sea, trabajé en un mes, dos meses. Creo que todo eso, no lo sé... avaricia, ¿no? Hoy yo... en su momento me arrepentí de haber hecho estas cosas, que ahora afectan mi salud (Augusto, 2019).*

*¿Sabes qué es esto, en realidad, para decirte la verdad, esta depresión, como, fueron muchas cosas por las que pasé, ¿sabes? (...) Trabajaba día y noche y no dormía, ¿sabes? Cuando llegaba el jueves, trabajaba el jueves, viernes y el sábado de día, de noche. Trabajaba en la merienda escolar y salía de allí a trabajar en seguridad por las noches. Trabajé toda la noche... (Nádia, 2019).*

*Es curioso que no pasó nada de más, solo quería volver a trabajar y no encontraba trabajo, creo que eso fue todo, estaba triste porque me despidieron del último trabajo que tuve, estaba muy triste, ya sabes, yo no quería, no lo esperaba, me despidieron, entonces comencé a buscar trabajo y no encontré más en esa área, ¿no es? Y eso me puso triste (Manuela, 2019).*

Las declaraciones de los entrevistados también trajeron problemas de duelo, enfermedades físicas, pérdidas importantes que fueron acumulándose de manera abrumadora, produciendo un aumento del malestar.

*Y eso pasó después... no sé, tuve problemas familiares, [...] sufrí mucho, perdí a mi mamá y yo no estaba presente. Todo esto pasó en mi cabeza... fue reciente (muerte del padre) fue más mi madre, ¿no? Tomé muchos medicamentos que no creo que debería haber tomado y me causaron otros problemas. Me operaron de la pierna, luego tuve un problema, me tuvieron que operar nuevamente. [...] Entonces, una batería estalló en mi ojo, mi visión casi se perdió... entonces, todo eso vas poniendo en mi cabeza, eso todo me está dejando estresado, de verdad (Augusto, 2019).*

*Entonces, cuando fui al médico, me dijo: lo que te pasó fue esto: pasaste por tantas cosas, tantas cosas, que es como un vaso de agua bajo el grifo. Gotea, gotea, gotea, hay momentos en que se desborda. [...] perdí a mi madre el nueve de abril, el diecinueve de abril perdí a mi hijo [...]. A veces, es algo que viene, viene desde hace mucho tiempo, no, y ahora que ha salido esta cosa, que ha explotado... [...] Es porque, para ser honesta, nunca he tenido paz en mi vida (Nádia, 2019).*

Marcas dolorosas de experiencias vividas en el pasado, desde la infancia, también fueron relatadas como asociadas al sufrimiento actual. Una observación para hacer es que las mujeres que relataron haber sufrido violencia en la infancia con padres agresivos y alcohólicos terminaron repitiendo la misma situación con sus maridos, que también eran agresivos y alcohólicos. Al hablar, estas mujeres no siempre hacen una relación entre los hechos, ni siempre son conscientes de esta repetición. En la entrevista, al menos una de ellas tomó conciencia de lo que ella llamó "destino", la repetición de situaciones de violencia y desamparo vividas con su madre: "¿Ves qué destino? Repitió la historia, vino de madre a hija". (Nádia, 2019).

## Consideraciones finales

El análisis de los relatos mostró que las experiencias de sufrimiento psicológico no fueron reconocidas como tales en la infancia y la adolescencia. Encontramos diferencias en las formas en que hombres y mujeres experimentan el sufrimiento, lo que apunta a la necesidad de incorporar estudios de género en las investigaciones sobre salud mental y sufrimiento psicológico, considerando los factores sociales, culturales y económicos que influyen en las diferentes formas de sufrimiento para cada género.

La investigación demostró que los sujetos intentaron nombrar el malestar a través de síntomas conocidos del discurso científico y psiquiátrico actual. Esta estrategia de denominación, sin embargo, resultó insuficiente, como lo demuestran los síntomas corporales y los acting outs, descritos como desbordantes, fuera de control y que escaparon al reconocimiento simbólico, es decir, no fueron incluidos en la narrativa.

Cuando la narrativa es capturada por la norma, se demuestra un exceso de experiencias improductivas de determinación, según [Dunker](#) (2015), conduciendo a un empobrecimiento en el campo subjetivo. Lo que se escapa, a través de las fugas sintomáticas corporales, por ejemplo, puede entenderse como lo que la gramática social del sufrimiento no incluye, no reconoce, emblemático de lo que [Safatle](#) (2018) llaman patologías de lo social. La narrativa puede constituirse como un movimiento de resistencia a la captura de prácticas por la biopolítica, sólo si es resultado de la invención de nuevas formas de narrar, que recupere la función de denominación, de creación, de experiencia-narrativa, según el sintagma creado por [Pacheco & Onocko-campos](#) (2018).

Inferimos que, al mismo tiempo que las personas exigían reconocimiento por su sufrimiento, existía una precariedad en el campo de la alteridad, lo que llevó a una falta de un interlocutor calificado para ser testigo de estas narrativas existenciales singulares, lo que llevó al fracaso de las experiencias de cuidado y un aumento del desamparo. Esto se debe a que la singularidad queda abolida cuando la denominación del propio sufrimiento se produce sólo a través de signos ya socialmente reconocidos.

Por lo tanto, concluimos que, ante la necesidad de reconocimiento del sufrimiento psicológico, los servicios de salud y la sociedad presentaron respuestas alienantes captadas por la racionalidad instrumental, con la cosificación a través de experiencias con psicofármacos, y con el intento de aplanar subjetividades con identidades reduccionistas e hipertrofiadas ([Dunker](#), 2015). Como consecuencia, el resultado es la fuga, el rechazo, la resistencia, el abandono del tratamiento, de los medicamentos y de los "cuidados" propuestos, en un intento de preservar lo singular. Pero esto tiene un precio muy alto, que son desbordes sintomáticos por todo el cuerpo, malestares silenciosos, sufrimientos sin nombre.

Este sufrimiento proviene de una situación paradójica, es decir, si el sufrimiento sólo gana visibilidad cuando se inscribe dentro de formas rígidas y estandarizadas de sufrimiento -lo que lo reduce a un plan sin singularidad-, de lo contrario termina no siendo reconocido como sufrimiento, lo que aumenta el malestar. Defendemos la hipótesis, sustentada por [Cardoso-Junior](#) (2005), de que la subjetividad puede ofrecer resistencia a este modo de subjetivación, "a través de una plasticidad surgida del movimiento del cuerpo en su relación con el tiempo y la heterogeneidad, produciendo procesos de singularización, creando una estética de la existencia". ([Cardoso-Junior](#), 2005, p. 345). Resta saber de qué manera podrían esos cuerpos bancar la resistencia, abriéndose para as fuerzas heterogéneas, haciendo de ellas creación, en vez de negatividades a ser abolidas.

### Agradecimientos

La Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT) y al Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

### Contribuciones de las autoras

Los autores declararon haber realizado aportes sustanciales al trabajo en cuanto a la concepción o diseño de la investigación; la adquisición, análisis o interpretación de datos para el trabajo; y escribir o revisar críticamente contenido intelectual relevante. Todos los autores aprobaron la versión final que se publicará y aceptaron asumir la responsabilidad pública de todos los aspectos del estudio.

### Conflictos de intereses

No se han declarado conflictos financieros, legales o políticos que involucren a terceros (gobierno, corporaciones y fundaciones privadas, etc.) para ningún aspecto del trabajo presentado (incluidos, pero no limitándose a subvenciones y financiamientos, participación en el consejo de consulta, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

### Indexadores

La Revista *Psicologia, Diversidade e Saúde* está indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).





## Referências

- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* [Análisis de contenido]. Edições 70.
- Birman, J. (2009). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação* [Malestar en la actualidad: el psicoanálisis y las nuevas formas de subjetivación] (7. ed.). Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2012). *O sujeito na contemporaneidade* [El sujeto en la contemporaneidad]. Civilização Brasileira.
- Cardoso-Junior, H. R. (2005). Para que Serve uma Subjetividade? Foucault, Tempo e Corpo. [¿Para qué sirve una Subjetividad? Foucault, Tiempo y Cuerpo]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 343–349. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18818308>
- Costa-Rosa, A. (2011). Ética e clínica na atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. [Ética y clínica en la atención psicossocial: contribuciones del psicoanálisis de Freud y Lacan]. *Saúde e Sociedade*, 20(3), 743–757. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300018>
- Debord, G. (2000). *A sociedade do espetáculo* [La sociedad del espectáculo]. Contraponto.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros* [Malestar, sufrimiento y síntoma: una psicopatología de Brasil entre muros]. Boitempo.
- Fortes, I., & Macedo, M. M. K. (2017). Automutilação na adolescência - rasuras na experiência de alteridade [Automutilación en la adolescencia - tachaduras en la experiencia de la alteridad]. *Psicogente*, 20(38), 353–367. <https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2556>
- Foucault, M. (1984). História da sexualidade, vol. II; *O uso dos prazeres* [Historia de la sexualidad, vol. II; El uso de los placeres]. (M. T. da C. Albuquerque & J. A. G. Albuquerque, Orgs.). Edições Graal.
- Freud, S. (2010). *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos* [El malestar en la civilización, nuevas conferencias introductorias al psicoanálisis y otros textos] (1930-1936). (P. C. de Souza, Org.). Companhia das Letras.
- Gonçalves, L. L. M., & Onocko-Campos, R. T. (2017). Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação [Narrativas de usuarios de salud mental en una experiencia de gestión autónoma de medicación]. *Cadernos de Saude Publica*, 33(11). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166216>
- Lasch, C. (1983). *A cultura do Narcisismo*. Imago Editora.
- Onocko-Campos, R. T., & Furtado, J. P. (2008). Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde [Narrativas: utilización en la investigación cualitativa en salud]. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1090–1096. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102008005000052>
- Pacheco, R. A., & Onocko-campos, R. (2018). Experiência-narrativa como sintagma de núcleo vazio: contribuições para o debate metodológico na Saúde Coletiva [Experiencia-narrativa como sintagma de núcleo vacío: contribuciones para el debate metodológico en la Salud Colectiva]. *Physis Rev. de Saúde Coletiva*, 28(2), 1–19. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280212>
- Resolução N. 466 de 12 de dezembro de 2012. (2012). Em Vigor: Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; Revoga as (RES. 196/96); (RES. 303/00); (RES. 404/08) [Vigente: Aprueba los siguientes lineamientos y normas regulatorias para investigaciones con seres humanos; Derogaciones (RES. 196/96); (RES.303/00); (RES.404/08)]. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Safatle, V. (2018). Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social [En dirección a un nuevo modelo de crítica: las posibilidades de recuperación contemporánea del concepto de patología social]. In Safatle, V., Silva Junior, N., & Dunker, C. (Orgs.), *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico*. Autêntica.
- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero : dar voz aos sujeitos silenciados [Articular salud mental y relaciones de género: dar voz a los sujetos silenciados]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1177–1182. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>
- Silva-Junior, N. (2017). Um ponto cego de O Mal-estar na Cultura: a Ciência na era da Instalação [Un punto ciego de El Malestar en la Cultura: La Ciencia en la era de la instalación]. *Estudos Avançados*, 31(91), 173–192. <https://doi.org/10.1590/s0103-40142017.3191014>
- Vicente, J. B., Marcon, S. S., & Higarashi, I. H. (2016). Convivendo com o Transtorno Mental na infância: Sentimentos e reações da família [Conviviendo con el Trastorno Mental en la infancia: Sentimientos y reacciones de la familia]. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1), e0370014–e0370014. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600370014>
- Vieira, N. R. S., & Pegoraro, R. F. (2020). Explicações De Familiares Sobre O Sofrimento Psíquico: diversidade e integralidade em questão [Explicaciones De Familiares Sobre El Sufrimiento Psíquico: diversidad e integralidad en cuestión]. *Psicologia em Estudo*, 25(e41796), 1–13. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.41796>
- Zanello, V., & Silva, R. M. C. (2012). Saúde Mental, Gênero e violência estrutural [Salud Mental, Género y violencia estructural]. *Rev. bioét (impr.)*, 20(2), 267–279. [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/745](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/745)