

“YO MISMA ME COMPRÉ UNAS PASTILLAS PARA MEDICARME”: DEPRESIÓN, TRISTEZA Y DES-EMOTIVIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA MIGRATORIA VENEZOLANA

Maryoly IBARRA¹

Resumen: El artículo tiene como objetivo problematizar la patologización de emociones como la tristeza, mediante categorías diagnósticas o indicadores de trastornos mentales, tomando como caso la migración venezolana en Buenos Aires. El análisis se sustenta en un trabajo etnográfico de participación observante en espacios de atención psicosocial destinados a esta población, y en entrevistas en profundidad realizadas a personas migrantes venezolanas en Argentina. Los hallazgos revelan una demanda de espacios de acompañamiento emocional por parte de este colectivo, producto del impacto subjetivo del proceso migratorio, que se canaliza tanto en espacios de apoyo psicosocial, atravesados por estigmas y juicios valorativos en torno a la salud mental, como en redes de amistades y conocidos. Este giro hacia el reconocimiento de sus propios procesos afectivos conduce, en algunos casos, a que estas personas se autodiagnostiquen con depresión clínica y, eventualmente, recurran a la automedicación. De este modo, el artículo representa un aporte para pensar procesos como la depresión desde una mirada sociocultural, al atender a los modos en que las propias personas migrantes se apropian de categorías clínicas para dar cuenta de las emociones que atraviesan sus experiencias de movilidad.

Palabras clave: Migración venezolana, emociones, depresión.

1 Instituto de Investigaciones Sociales de América Latina (IICSAL; FLACSO-CONICET). Doctora en Ciencias Sociales por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, Argentina). Magíster y Diplomada en Antropología Social (FLACSO, Argentina). Licenciada en Comunicación Social (UCAB, Venezuela). Tecnóloga en Realización y Actuación para Cine y TV (INCINE, Ecuador). Áreas de trabajo: Migraciones, Emociones, Trabajo y Familia. mibarra@flacso.org.ar

Abstract

The article aims to problematize the pathologization of emotions such as sadness through diagnostic categories or indicators of mental disorders, taking Venezuelan migration in Buenos Aires as its case study. The analysis draws on ethnographic work involving participant observation in psychosocial care spaces aimed at this population, as well as in-depth interviews conducted with Venezuelan migrants in Argentina. The findings reveal a demand for emotional support spaces on the part of this collective, stemming from the subjective impact of the migratory process, which is channeled both through psychosocial support spaces, marked by stigmas and value judgments surrounding mental health, and through networks of friends and acquaintances. This turn toward the recognition of their own affective processes leads, in some cases, to these individuals self-diagnosing with clinical depression and, eventually, resorting to self-medication. In this way, the article constitutes a contribution to thinking through processes such as depression from a sociocultural perspective, by attending to the ways in which migrants themselves appropriate clinical categories to account for the emotions that traverse their mobility experiences.

Keywords: Venezuelan migration, emotions, depression.

Introducción²

“El mes que viene es mi cumpleaños, es sumamente depresivo para mí. Yo misma me compré unas pastillas para medicarme la depresión, yo misma fui a la farmacia a comprarme [Nombre del medicamento]. Fui a comprar esa vaina. Todos los días en la mañana, me sentí mejor, igual con un poco de tristeza, pero menos. Sí, las dejé. Las tomé un mes” (Nélida,³ comunicación personal, 21 de julio de 2019).

2 Este artículo forma parte de los hallazgos obtenidos por la tesis doctoral de la autora (Ibarra, en prensa). A su vez, se inscribe en un Proyecto para Unidades Ejecutoras (PUE) titulado “Movilidades regionales contemporáneas. Políticas públicas y acceso a derechos de ciudadanía. Un estudio comparado sobre la diáspora venezolana en Chile y Argentina (2015-hoy)” del Instituto de Investigaciones Sociales de América Latina (IICSAL; FLACSO-CONICET).

Agradezco a mis interlocutores por compartir sus relatos y vivencias, a las organizaciones de la sociedad civil venezolana en Argentina por su apertura, y a mi director, Fernando Fischman, por sus lecturas y comentarios. También, a mis colegas María Mónica Sosa Vásquez y Paula Buratovich por sus sugerencias en la reflexión del estudio.

3 Los nombres de las personas, agrupaciones e instituciones que participaron en el estudio han sido reemplazados por nombres ficticios para preservar el anonimato y la confidencialidad de sus datos.

Con este testimonio, Nélide, mujer venezolana de 51 años, tras haber migrado a la ciudad de Buenos Aires, introduce en su relato una categoría central dentro de mi proceso investigativo: la depresión. Pese a su formación como abogada, administradora y artista, solo obtuvo empleo como cuidadora de personas adultas mayores, por lo que el “choque”⁴ psicológico y profesional, tanto por tener a sus padres e hija en Venezuela, como por enfrentarse a la desvalorización de sus saberes en el mercado laboral, fue significativo. No obstante, consideraba que ese “sacrificio” era necesario para poder seguir sosteniendo económicamente a su familia.

Para ella, la “tristeza” era un sentimiento que enfrentaba desde su arribo a Argentina en 2018 y que atribuía a una “depresión” clínica. Por lo tanto, consumía un medicamento antidepresivo sin prescripción de un profesional de la salud local, como medida paliativa para minimizar el pesar que le generaba dicha emoción. En un encuentro posterior, le consulté sobre si había considerado la posibilidad de acceder a un espacio terapéutico y respondió que “nosotros, los venezolanos, no usamos tanto la figura de un psicólogo en nuestras vidas, porque tenemos buenas amistades.” (Nélide, comunicación personal, 16 de agosto de 2020).

Tanto la vinculación entre una emoción como la tristeza con una problemática de salud mental comúnmente considerada “trastorno depresivo”, como la desestimación de los espacios de psicoterapia que ella percibía constituyeron puntos de inflexión para la articulación de este análisis. De este modo, este episodio me interpeló acerca del rol de las emociones y de la conceptualización que hacen de ellas las personas migrantes, por lo que comencé a identificar una incomodidad frente a estas que no era exclusiva de mis interlocutores, sino también del propio campo académico.

Desde mi formación de posgrado comencé a abordar, con una mirada etnográfica, la cuestión emocional en relación con los estudios sobre la familia, el trabajo y la migración venezolana en Argentina. Sin embargo, de forma similar a la experiencia de Bell Hooks (2021), quien al hablar de emociones en contextos académicos, encontraba nerviosismo y sugerencias de acudir a terapia, también empecé a notar reacciones de incomodidad, críticas y silencios cada vez que mencionaba la palabra “emoción” en coloquios y disertaciones, así como la recurrente pregunta por su definición y su distinción respecto de afectos, sentimientos y pasiones.⁵ En ocasiones, mis hallazgos eran asociados

4 De ahora en adelante, las expresiones manifestadas por mis interlocutores se presentarán entre comillas, salvo que se indique lo contrario.

5 Utilizaré de manera indistinta las nociones de emoción, afecto y sentimiento, especialmente al considerar que dichas categorías se han construido históricamente en una va-

exclusivamente con enfoques de salud mental y no con mi orientación disciplinar en antropología social.

Justamente estas reacciones reflejan una hegemonía de los enfoques psicológicos, dado que la mayor parte de los abordajes sobre las emociones proviene de esta área (Gutiérrez y Plantin, 2010). Incluso, la psicología cuenta con una rama que se enfoca exclusivamente en dicho objeto de estudio y las comprende como procesos psicológicos con una función principalmente adaptativa, que implican situaciones desencadenantes, procesamiento cognitivos, cambios fisiológicos y patrones expresivos (Fernández-Abascal, *et al.*, 2010). Por lo tanto, estos discursos se articulan con la psicología positiva (Cabanas y Illouz, 2023), que ha ganado prominencia al sostener que las “emociones positivas” conducen a la felicidad y el bienestar (Barragán y Morales, 2014), mientras que las catalogadas como “negativas”, miedo, tristeza, depresión, ira y asco, constituirían factores de riesgo para enfermedades mentales y físicas (Piqueras *et al.*, 2009).

En este contexto, el artículo sitúa el análisis en la antropología de las emociones, campo disciplinar que dialoga con la psicología, pero orientado a examinar el rol de las emociones en las relaciones sociales. Desde este enfoque, entenderé a las emociones como procesos complejos que abarcan sensaciones (percepciones corporales) y pensamientos (apreciaciones subjetivas), e implican la interacción continua de diversos fenómenos. Estos incluyen comportamientos interpersonales, significados históricos y culturales, y estructuras sociales. De esta manera, las emociones están inherentemente influenciadas por contextos socioculturales que dan lugar a clivajes como el género, la raza y la clase (Cabanas y Illouz, 2023; Kagan, 2007; MacKinnon, 2006; Rosaldo, 1984; Wetherell, 2012).

En el marco de la migración, la dimensión emocional cobra relevancia en tanto la movilidad humana conlleva repercusiones sociales, culturales, económicas y psicológicas que pueden incidir en los procesos de integración de las personas migrantes, sus familias y comunidades de origen (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2016; Organización Internacional para las Migraciones, 2018). Algunos autores caracterizan la migración como un “viaje emocional”, en el que se experimentan la nostalgia y el “duelo migratorio”, así como la *emocionalización* de los lugares de origen anclada en la idea de

riedad de formas, muchas de ellas, imprecisas (Matus, 2021). Un número significativo de investigadores emplea dichos términos como sinónimos e incluso cuestiona su distinción (Schmitz y Ahmed, 2014; Wetherell, 2012 citados en Solana, 2020), especialmente porque puede exacerbar la clásica oposición binaria entre naturaleza (afectos) y cultura (emociones) (Ahmed, 2015).

nación o familia (Aranda, 2003; Ryan, 2008; Cesare, 1970; Hirai, 2009; Clairgue, 2012; González, 2005; Skrbis, 2008, citados en Ariza, 2017, destacado en el original).

Sin embargo, estos enfoques han sido cuestionados, en tanto la conceptualización del malestar de las personas migrantes mediante categorías como “duelo migratorio” (Casco, 2023; Martínez y Martínez, 2006) ha dado lugar a discursos sustentados en enfoques universalistas de la psicología y la psiquiatría, como el “síndrome de Ulises” (Achotegui, 2022). Si bien estos postulados no se plantean como una psicopatología, la utilización de una terminología sindrómica ha permeado los relatos y las prácticas de personas en situación de movilidad, como una suerte de “tecnologías del yo” (Foucault, 2008), que moldean los modos en que se experimentan a sí mismas como responsables individuales de sus situaciones y no como producto de condiciones estructurales, aun cuando el dolor y el sufrimiento constituyen respuestas comprensibles ante la pérdida de su mundo cultural y social (Pussetti, 2006).

Por ello, resulta necesario enmarcar las emociones de la experiencia migratoria desde una mirada culturalmente situada y analizarlas como experiencias colectivas y relacionales, alejadas de lecturas medicalizantes⁶. Por lo tanto, el artículo propone analizar críticamente el proceso de patologización de las emociones asociadas al proceso migratorio, tomando el caso de la migración venezolana en Buenos Aires, con el fin de problematizar la tendencia a interpretar emociones, como la tristeza, en clave diagnóstica o como indicadores de trastornos psicopatológicos.

El análisis se sustenta en un trabajo etnográfico de participación observante⁷ (Guber, 2011) y entrevistas en profundidad, realizado en espacios de atención psicosocial destinados a migrantes venezolanos en Argentina entre 2022 y 2023. Estos espacios permitieron aproximarse a las dinámicas y necesidades de quienes buscan acompañamiento emocional, así como acceder a las vivencias afectivas de manera colectiva. Las trayectorias de quienes asistían se entrecruzaban y las experiencias afectivas eran compartidas, discuti-

6 Desde luego, la propuesta del artículo no es deslegitimar ni invalidar las experiencias vinculadas a la depresión que puedan enfrentar las personas migrantes, sino problematizar los modos en que estas asocian ciertas emociones propias del proceso migratorio con dichas categorías diagnósticas.

7 Recurro a la estrategia de “participación observante” (Guber, 2011), en lugar de observación participante, dado que la primera implica un involucramiento activo que va más allá del rol de observador. Desde este posicionamiento, planteo una crítica a la desvalorización de la “participación” frente a la sobrevalorada “observación”, fundamentada en el dualismo cartesiano y positivista, que invisibiliza la vida corporal de quien investiga en el trabajo de campo y en el análisis (Aschieri, 2013).

das y reflexionadas entre connacionales. El intercambio estaba orientado por profesionales de la salud mental migrantes, quienes dirigían la interacción hacia la dimensión emocional, lo que convertía estos espacios en escenarios apropiados para el análisis de dicha categoría.

La propuesta consiste en construir la depresión como objeto de estudio socioantropológico e incorporar una mirada interdisciplinaria que supere los dualismos cartesianos que separan mente, cuerpo y emociones (Citro, 2010) y que recluyen a estas últimas en una dimensión íntima y privada. Desde este posicionamiento, las emociones se conciben no solo como fenómenos psicológicos sino como construcciones socioculturales vinculadas a estructuras y dinámicas sociales (Illouz, 2012), lo que implica rechazar su clasificación en positivas o negativas, como propone la psicología positiva, y la consecuente lógica de “gestión” y “control” emocional. Estos supuestos dualistas refuerzan, además, la división entre salud física y mental, al perpetuar una visión psicomédica desanclada de lo histórico y cultural. Si bien el trabajo de campo etnográfico se desarrolló en espacios atravesados por discursos psicológicos, el objetivo es trascender esas dicotomías y pensar de manera interrelacionada lo emocional, lo cognitivo y lo corporal (Kleinman, 1988), al profundizar en el carácter situado, relacional y sociocultural de las emociones en el contexto migratorio.

Apuntes preliminares sobre la migración venezolana y la salud mental

En la última década, la migración venezolana ha sido uno de los procesos migratorios más significativos de la región, motivada por el deterioro institucional y el empeoramiento de las condiciones de vida, lo que propició una transición de una “emigración selectiva”, con marcadores de clase, edad y nivel académico, hacia una “emigración masiva” impulsada por la búsqueda de la satisfacción de necesidades básicas y de oportunidades laborales (Freitez y Marotta, 2021). En este contexto, Argentina se posicionó como uno de los principales destinos en América Latina, en particular por sus facilidades de regularización migratoria⁸ (Pacecca y Liguori, 2019; Pedone y Mallimaci, 2019), registrando, para 2022, un total de 161.495 personas venezolanas, con una

8 Estas facilidades han cambiado a partir del viraje en la política migratoria durante la gestión de Javier Milei, lo cual se observa en diferentes niveles relacionados con la modificación de leyes de refugio, el aumento de las tasas migratorias y la reforma de la Ley de Migraciones mediante el Decreto N.º 366/2025.

concentración del 80% en la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires (INDEC, 2024; Nicolao *et al.*, 2022).

Aunque gran parte de esta población cuenta con alto nivel educativo (Dirección Nacional de Poblaciones, 2021) y se concentra en edades productivas (Registro Nacional de Personas y Dirección Nacional de Poblaciones, 2025), sus dinámicas de integración socioeconómica se ven afectadas por factores estructurales que limitan el acceso a empleos acordes a su formación e impactan subjetivamente en sus trayectorias migratorias (Ibarra y Fischman, 2024). Este escenario ha suscitado un creciente interés académico por el impacto en la salud mental de esta población, aunque los abordajes específicos sobre el caso argentino siguen siendo escasos, concentrándose la mayor parte de los análisis en otros contextos de recepción como Colombia, Ecuador y Perú.

Los principales estudios sobre salud mental de la población venezolana migrante provienen de la psicología y la psiquiatría. Salas-Wright *et al.* (2022) destacan una significativa carga en la salud mental de este grupo, que varía según el país de destino, el nivel educativo, la edad y las modalidades del tránsito migratorio, agravándose cuando este se realiza caminando, lo que expone a traumas físicos y mayores probabilidades de desarrollar ansiedad (Carroll *et al.*, 2020). Entre los determinantes del malestar psicológico se señalan la discriminación percibida, la criminalización, la violencia de género, las dificultades económicas y la movilidad social descendente, a los que se suman el aislamiento social, las barreras idiomáticas, la incertidumbre migratoria y las dificultades de acceso a los sistemas de salud (Cubillos *et al.*, 2020; Salas-Wright *et al.*, 2022). Resulta destacable que, si bien la exposición a la crisis venezolana puede ser un factor relevante, según estos estudios, la discriminación en los países receptores opera como un predictor más robusto de la depresión, con mayor peso psicológico que los factores pasados (Salas-Wright *et al.*, 2024).

En contextos como Colombia, Ecuador y Perú, las condiciones de vida precarias, el hacinamiento y la “colisión intercultural” que deriva en prácticas xenófobas han generado una “cadena de factores estresantes” con consecuencias variables en la salud mental (Alarcón *et al.*, 2022). Según estos abordajes, los riesgos de desarrollar trastornos psiquiátricos se incrementan a lo largo de las distintas fases migratorias y se han visto agravados por el impacto de la pandemia de COVID-19 (Espinel *et al.*, 2020). De manera significativa, Alarcón *et al.* (2022) plantean que las necesidades en salud mental de esta población en Colombia no se circunscriben al ámbito clínico, sino que se vinculan a la satisfacción de necesidades básicas como vivienda, alimentación, empleo y redes de apoyo, lo que apunta a la reconstrucción de su estabilidad socioeconómica.

A pesar de que estos estudios permiten dar cuenta del impacto subjetivo del proceso migratorio, concebir emociones como la tristeza, la ira o la frustración, así como sentimientos de aislamiento y falta de control (Cubillos *et al.*, 2020), como problemas de adaptación o indicadores predictivos de salud mental dista de entenderlas como procesos complejos enmarcados en un contexto sociocultural y político. Este enfoque establece una relación exclusivamente causal entre los factores de expulsión y las condiciones en los países de destino, y su anclaje en la patologización limita la capacidad de agencia⁹ de las personas al recluirlas en diagnósticos médicos. De allí la relevancia de analizar qué hacen las personas con las emociones que sienten y cómo estas operan dentro del proceso migratorio, más allá de su dimensión psicológica.

Por ello, este estudio se inscribe en abordajes como el de Peláez (2017), que resaltan la dimensión relacional y comunicativa de los procesos “corpo-emocionales” en la experiencia migratoria, al reconocer la agencia y los sustentos morales y éticos de las personas migrantes. Analizar la migración desde esta perspectiva permite reconocer su alta carga emocional, derivada del alejamiento de los elementos constitutivos de la identidad, el desarraigo y las tensiones propias de la integración, así como identificar la especificidad de las emociones en el proceso migratorio de la población venezolana.

Metodología

El artículo se sustenta en una aproximación etnográfica en su triple acepción, como perspectiva, estrategia y texto (Guber, 2011), centrada en la visión de los sujetos de estudio a través de participación observante, entrevistas en profundidad y registro en notas de campo. Entre mayo de 2022 y diciembre de 2023, realicé trabajo de campo en los espacios de atención psicosocial de la agrupación Psicólogos en Argentina (PsiAR), cuyo propósito es acompañar a la población migrante desde una perspectiva de derechos con énfasis en la salud mental. Desde 2020, la agrupación implementó talleres gratuitos sobre inserción laboral, bienvenida a nuevas personas migrantes y actividades dirigidas a poblaciones específicas. Aunque convocaba a migrantes internacionales en general, el público estuvo compuesto mayoritariamente por venezolanos. De este modo, participé en tres talleres seleccionados por su alineación con las categorías de interés: “Tejiendo Fronteras” (dirigido a mujeres mi-

9 Entiendo por agencia a aquellas “acciones que son posibles, dada la manera en que estamos moldeados por nuestro contacto con otros” (Ahmed, 2015, p. 265).

grantes), “Nuevos Caminos” (orientado a la inserción laboral) y “Habitarnos” (dedicado a la exploración del cuerpo y las emociones).

Asimismo, entre julio de 2022 y agosto de 2024 realicé catorce entrevistas en profundidad a personas migrantes venezolanas profesionales de entre 20 y 66 años, residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires, arribados al país entre 2017 y 2023, provenientes de diversas disciplinas, regiones, rangos etarios y géneros. Una parte fue contactada mediante las psicólogas organizadoras de PsiAR, y el resto a través de la técnica de bola de nieve, incorporando así relatos de personas ajenas a dichos espacios. Por otra parte, realicé cuatro entrevistas con las psicólogas organizadoras, con el propósito de obtener información sobre sus experiencias en las actividades implementadas por la agrupación. El recorte temporal desde 2017 responde a que ese año marcó la intensificación de la crisis política y socioeconómica en Venezuela, las solicitudes de radicación otorgadas a venezolanos pasaron del 0,7% al 39,3% entre 2012 y 2020 (Dirección Nacional de Poblaciones, 2021), y permite, además, analizar el impacto de la pandemia de COVID-19 en las trayectorias migratorias de esta población.

Entre la época de las pasiones tristes y la “epidemia” de depresión

En *La época de las pasiones tristes*, Dubet (2020) sostiene que el espíritu actual está marcado por emociones vinculadas a la ira, el resentimiento y la indignación, producto de un régimen de desigualdades múltiples que se han individualizado y diversificado según factores como el género, la edad, el nivel educativo, el lugar de residencia o el salario. En este escenario, se ha consolidado un discurso en torno a la “crisis de salud mental” (Brossard y Chandler, 2023), asociada al incremento de problemas emocionales y malestar psicológico formulados comúnmente en categorías de trastornos mentales. Esto, en el marco del capitalismo tardío y de sus biopolíticas sobre el cuerpo y la subjetividad, trajo consigo un incremento en el consumo de antidepresivos (Martínez, 2006) propiciado por una “epidemia” de depresión (Horwitz y Wakefield, 2007). No obstante, como señalan Brossard y Chandler (2003) retomando a Berlant (2011), la adopción de la categoría de “crisis” puede servir para convertir un problema de larga trayectoria y raíces profundas en algo reciente y agudo, lo que habilita la expansión de experiencias humanas que reciben etiquetas psiquiátricas.

Desde el siglo XVII se evidencian formas de coaccionar y controlar las pasiones con el fin de “civilizarlas” (Hirschman, 2024). En este marco, la transición

conceptual de “pasiones” a “emociones” constituyó un hito de la psiquiatría y la medicina, mientras las primeras eran concebidas como fuerzas externas que afectaban el alma, las segundas se definieron como respuestas psicofisiológicas que pasaron a funcionar como “herramientas de evaluación clínica” en la construcción de una subjetividad moderna (López, 2019), desarrollándose técnicas lingüísticas y científicas para su comprensión (Illouz, 2012). Esto derivó en concebir a los pacientes como “contenedores” de emociones patológicas que debían ser canalizadas para obtener la cura (Crapanzano, 1994).

El paradigma biomédico debe entenderse como un sistema cultural con sus propias herramientas teóricas, técnicas e ideológicas para atender la “enfermedad” y el cuerpo (Hanh y Kleinman, 1983, citados por Ramírez, 2012). En este sentido, la psiquiatría ha operado no solo vinculando enfermedades mentales con desajustes orgánicos, sino también como mecanismos de control biopolítico (López, 2019), a través de las “psicotecnologías” (Pussetti, 2006) que funcionan como sistemas de conocimiento orientados a intervenir en la conducta humana que, como señalaba Foucault (2011), se inscriben en un discurso normalizador. El resultado es una tendencia a desocializar el malestar, convirtiendo problemas biográficos y estructurales, como el desempleo, la precariedad y la soledad, en desajustes neuroquímicos tratables farmacológicamente (Martínez, 2006).

Este “fetichismo de la enfermedad”, por el cual la aflicción queda reducida a una situación presocial (Martínez, 2006), se sostiene en la patologización de las emociones, entendida como el proceso mediante el cual las experiencias afectivas son etiquetadas y clasificadas como signos o síntomas de enfermedad mental (López, 2019), por lo que se ignoran las causas estructurales y los clivajes de género, clase y raza para centrar el malestar exclusivamente en la disponibilidad de hormonas como la serotonina (Martínez, 2006). Este proceso opera cuando las emociones de un sujeto superan las normas socioculturales de una sociedad, por lo que estas circulan en “régimenes de sentimientos” donde desempeñan un rol central en la organización del poder (Besserer, 2014) y donde las dinámicas de valoración emocional responden a jerarquías sociales que moldean los cuerpos, según los ideales asociados a las sensaciones consideradas “más elevadas” (Ahmed, 2015). Estos postulados deben leerse a la luz del modo en que el saber biomédico construye su conocimiento a partir de la representación objetiva del “cuerpo enfermo”, donde signos y síntomas dan lugar a un diagnóstico que “objetiva la enfermedad”. Dentro de este proceso, la enfermedad resulta “natural”, “despersonalizada” e “individualizada”, sin considerar la historia ni la vivencia del paciente (Ramírez, 2012).

Un ejemplo de este proceso se constata en la “epidemia” actual de depresión. En respuesta a este panorama, el consumo de antidepresivos ha trascendido su función terapéutica para convertirse en un fenómeno cultural de alcance global, con presencia en los medios de comunicación, la publicidad, la literatura y el cine (Martínez, 2006). A su vez, el consumo masivo puede verse como respuesta a un “mundo (des)encantado”, como plantea Martínez, donde los sujetos intentan amortiguar las contradicciones de la globalización por medio de un individualismo que apela más al cuerpo que a las relaciones sociales, al consumo de antidepresivos más que al discurso.

Al respecto, conviene mencionar que dicha “epidemia”, como señalan Horwitz y Wakefield (2007), no se debe necesariamente a un aumento de cuadros clínicos que requieran tratamiento psiquiátrico, sino a una confusión en la mirada biomédica al realizar una “inflación diagnóstica” mediante la fusión de dos categorías: la tristeza “normal”, como respuesta adaptativa y esperable a pérdidas o situaciones dolorosas, y el trastorno depresivo. Esto se constata en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), que se centra exclusivamente en la presencia de síntomas y su duración para establecer el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM)¹⁰, en lugar de incorporar el contexto en el que surgen dichas manifestaciones. Como consecuencia, se encasilla el sufrimiento humano como una enfermedad, se estigmatizan los procesos emocionales y se generan efectos secundarios derivados de tratamientos no apropiados (Horwitz y Wakefield, 2007).

Si bien estos postulados se enfocan principalmente en una concepción de la emoción como respuesta humana “natural” y evolutiva, biológicamente determinada, lo que les otorga un carácter universalista y normalizador de las emociones, implican un aporte para pensar la naturaleza y la cultura de manera complementaria. Por lo tanto, incorpora una mirada de la experiencia de las personas que contemple componentes como el contexto en que surgen las emociones, su intensidad y su transitoriedad, con el fin de despojarlas de su carácter patológico.

Por su parte, el aumento de los diagnósticos de depresión debe entenderse también en el marco de una compleja red de biopolíticas que incluye es-

10 Al revisar los criterios diagnósticos del Trastorno de Depresión Mayor en el DSM-5, se establece que deben existir cinco o más síntomas durante al menos dos semanas, como, por ejemplo, “estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso)” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 160). A ello se suman la disminución del interés o del placer, la pérdida de peso, el insomnio, la agitación, la fatiga, el sentimiento de “inutilidad”, la disminución de la capacidad de pensar y los pensamientos recurrentes de muerte.

trategias de persuasión de la industria farmacéutica, la naturalización de las adversidades humanas y el imperativo social de la búsqueda de felicidad (Ahmed, 2021; Martínez, 2006). Bajo estas condiciones de omnipresencia de la felicidad en las sociedades capitalistas o, también denominado “Happycracia” (Cabanas y Illouz, 2024), entra en juego la literatura de autoayuda, la cual no solo constituye un reflejo de la cultura masiva, sino que también moldea las subjetividades contemporáneas en un contexto atravesado por la búsqueda de soluciones individualizadas, frente a la crisis de la subjetividad (Papalini, 2015). Estos discursos se reflejan en libros de superación personal que, basados en los principios de la psicología positiva, enseñan cómo alcanzar la felicidad y promueven el bienestar como un ideal sociocultural (Ahmed, 2021). De esta manera, estas “biblioterapias” dan lugar a un proceso de subjetivación sostenido por una práctica que Papalini (2015) denomina “profilaxis individual” o “de la psiquis”, la cual consiste en prescribir mecanismos y soluciones orientadas a regular y prevenir determinados estados emocionales o mentales considerados problemáticos.

La expansión de discursos profilácticos orientados a “prevenir” y “auto-controlar” emociones que podrían desencadenar cuadros de depresión clínica no solo incide en la autopercepción de los sujetos, sino que también validan y refuerzan el diagnóstico clínico, al generar un ciclo de retroalimentación entre la experiencia emocional y su clasificación patológica. Estas prácticas de regulación y canalización emocional han derivado en una “cultura de demonios” o “cultura de psique” (Despret, 2022), en la que los consejos terapéuticos, diagnósticos y tratamientos psicológicos moldean la interpretación que las personas hacen de sus experiencias, al delimitar lo que se percibe como un “comportamiento anormal”. Cuando estos mecanismos no resultan útiles, se empieza a recurrir al fármaco, que no cura una enfermedad, sino que más bien se instrumentaliza para “normalizar” a las personas que experimentan un malestar y permitirles seguir siendo productivas (Martínez, 2006).

Tomando este marco analítico, desde una perspectiva socioantropológica, vale considerar para el análisis de la experiencia migratoria y procesos como la “depresión”, tal como propone Dubet (2020), las desigualdades, las posiciones sociales, las identidades, la producción social del estrés mediante prácticas como la “aceleración del tiempo”, las políticas de categorización de emociones y comportamientos considerados problemáticos y, finalmente, las dinámicas culturales y coloniales que implican la imposición de modelos psiquiátricos occidentales sobre otras culturas (Rosa, 2015, citado en Brossard y Chandler, 2023).

“Venezuela no tiene cultura de atención psicológica”

En 2019 comencé a investigar sobre espacios de “contención” emocional para personas venezolanas en Buenos Aires. Para ese entonces, a un año de mi arribo al país, el flujo migratorio era cada vez más evidente en las calles porteñas. Observaba músicos del Sistema¹¹ tocando en las desmejoradas estaciones de la Línea D del Subte y vendedores ambulantes de chicha¹² en la Línea H, que se volvían cada vez más frecuentes. Inicié mi búsqueda a través de organizaciones de la sociedad civil de personas venezolanas, que en ese momento comenzaban a tener mayor notoriedad. En mi exploración virtual, descubrí el primer espacio que ofrecía “apoyo” emocional a migrantes de dicha nacionalidad, interesados en compartir sus experiencias con connacionales. Si bien las actividades se desarrollaban bajo una lógica terapéutica de “contención” emocional, organizado por psicólogos migrantes, en la práctica adquiría un carácter más cercano a la socialización entre las personas asistentes, quienes se reunían para conocerse y rememorar aspectos propios de su cultura, como la comida y el baile. Sin embargo, lejos de estar disociados, ambos registros se superponían, en tanto la socialización misma operaba como una forma de sostén afectivo.

Recuerdo que este dispositivo tenía una frecuencia irregular y realizaba sus sesiones en el interior de una iglesia católica. Su discontinuidad no me permitió desarrollar el trabajo de campo allí, por lo que encontré otro lugar que se convirtió en el escenario central de mi investigación de maestría (Ibarrá, 2021). Este también estaba vinculado a una institución religiosa y tenía una mayor regularidad. Sin embargo, dejó de funcionar tras la pandemia de COVID-19. Así, en 2022, al comenzar el trabajo de campo para mi tesis doctoral, retomé mi búsqueda de espacios que ofrecieran “asistencia emocional” a personas migrantes venezolanas. En mayo de ese año, localicé a la agrupación PsiAr, una organización que contaba con un programa ajustado a mi búsqueda. Fundada en 2017, era un espacio más institucionalizado que los anteriores, con una impronta profesional vinculada a la salud mental y una mayor formalidad, al estar enmarcado en un proyecto de considerable envergadura, respaldado por diversas entidades nacionales e internacionales vinculadas a la migración, que se encargaban de su financiación.

11 Así se conoce al Sistema Nacional de Orquestas y Coros Juveniles e Infantiles de Venezuela.

12 Bebida típica venezolana a base de arroz, leche y azúcar.

En este escenario, comenzaron a proliferar instancias de “acompañamiento” o “atención psicosocial”, progresivamente más formales y con mayor respaldo institucional, en respuesta a las necesidades de “contención” y a la creciente inclinación de esta población por crear ámbitos para “gestionar” sus emociones. Esto debido a razones relacionadas con la migración, tales como la reconfiguración de vínculos familiares, los sentimientos de desarraigo, las dificultades para la integración socioeconómica y la frustración ante los obstáculos para acceder a un trabajo acorde con la trayectoria académica (Ibarra, 2021; 2024).

Paralelamente, la pandemia por COVID-19 también marcó un punto de inflexión al evidenciar un incremento en la demanda de servicios psicológicos por parte de este grupo migrante, derivado del aislamiento social y la pérdida de sus ingresos económicos generada por la coyuntura. En estas condiciones, los espacios terapéuticos virtuales se presentaron como una solución viable para que las personas migrantes pudieran participar y compartir sus vivencias emocionales.

Imagínate, nosotros teníamos los talleres [de atención psicosocial] en plena pandemia que la gente estaba desbordaba y a veces necesitábamos como atención psiquiátrica y nosotros no podíamos hacer abandono de personas, si una persona que nos pedía ayuda [...], lo teníamos que sostener hasta ver a dónde derivar. (Psicóloga de PsiAr, comunicación personal, 24 de agosto de 2022).

Esta dinámica implicó una reconfiguración en los formatos y tópicos de este tipo de dispositivos, que pasaron de ser exclusivamente de socialización, a incorporar un abordaje psicosocial, así como la virtualidad implicó una mayor accesibilidad para quienes asistían a estos espacios desde sus hogares (Ibarra, 2025). Sin embargo, la emergencia de estos ámbitos también puso en evidencia la resistencia de una parte del colectivo venezolano hacia los entornos conducidos por psicólogos, es decir, aquellos orientados a la asistencia desde la atención clínica.

Esto ya lo señalaba Nélidea en su testimonio acerca de que “nosotros los venezolanos no usamos tanto la figura de un psicólogo en nuestras vidas” (Nélidea, comunicación personal, 16 de agosto de 2020). Dicha afirmación es reforzada por una psicóloga migrante que destacaba que “Venezuela no tiene cultura de atención psicológica” (Adriana, comunicación personal, 14 de septiembre de 2022). Esta idea está estrechamente ligada a ciertas representaciones e imaginarios dentro de la comunidad venezolana, en torno a la búsqueda de ayuda psicológica, así como a la admisión implícita de enfrentar una problemática de salud mental al recurrir a ella. Además del surgimiento de estigmas y juicios valorativos asociados a quienes solicitan asistencia psicológica en su país de origen.

‘En Venezuela hay mucho estigma de eso, ¿no? de ir a un psicólogo... estás loco’, hay algo ahí todavía del vivir, aunque sea mal, pero sostener lo que hay que sostener, aunque vivas mal, pero te lo tienes que aguantar, o sea, esto es una lógica del sacrificio que a veces te lleva a...sí, como a vivir sacrificadamente (Alma, comunicación personal, 23 de septiembre de 2022).

Por otro lado, también se explica por la existencia de otras redes de apoyo, como familiares, amistades y conocidos, o incluso grupos de socialización, donde se congregan con sus connacionales en espacios religiosos o culturales (Ibarra, 2021). Estas redes ofrecen alternativas de acompañamiento no categorizadas bajo una denominación de “psicológica” o “clínica”. Por lo tanto, era común escuchar en las entrevistas, testimonios como el planteado por Nélida, acerca de la predominancia de los vínculos afectivos como espacios para compartir experiencias emocionales.

No obstante, más allá de estos discursos, el surgimiento de espacios de “atención psicosocial” debe analizarse en su carácter situado, es decir, en relación con su articulación con la sociedad receptora, particularmente en el contexto porteño, donde lo *psi*, en particular, el paradigma psicoanalítico, está profundamente arraigado socioculturalmente. La influencia predominante de la psicología en Argentina,¹³ incluso a nivel institucional, puede incidir en los modos en que las personas migrantes conciben sus emociones. Incluso, en los testimonios de personas migrantes venezolanas se percibe este fenómeno.

No es un fuerte el psicoanálisis en Venezuela, realmente no lo es. Aquí sí, o sea, hay algo del discurso psicoanalítico que está en todos lados, el taxista, el kiosquero, el panadero (Alma, comunicación personal, 23 de septiembre de 2022).

La tendencia en aumento hacia la búsqueda de apoyo psicológico reveló también una preferencia específica de las personas migrantes venezolanas por recibir terapia de profesionales que comparten su misma nacionalidad (Ibarra y Fischman, 2024). En conversaciones con las personas a cargo de estos espacios, se destacó una tendencia común: “los venezolanos no querían ser atendidos por argentinos porque sentían que no les estaban hablando en su lenguaje” (Adriana, comunicación personal, 14 de septiembre de 2022). De esta manera, las personas asistentes a los espacios de atención preferían no recibir

13 No es un dato menor que Argentina sea uno de los países del mundo con mayor cantidad de profesionales de la psicología (Benatuil y Laurito, 2015). Según los datos cuantitativos, en 2005 egresaron de las universidades argentinas, 62.773 graduados en esta disciplina, cifra que aumentó a 101.027 en 2015 (Alonso y Klinar, 2016).

acompañamiento de profesionales de la psicología argentinos, al argumentar una “falta de empatía” o comprensión hacia su experiencia migratoria. Así, los entornos ofrecidos por la agrupación PsiAr se convirtieron en una opción elegida para satisfacer esta necesidad específica. La renuencia a buscar atención psicológica con profesionales argentinos podría deberse también a diferencias en las corrientes teóricas predominantes en Argentina y Venezuela, y, por consiguiente, en sus aplicaciones clínicas. En Venezuela, tiene mayor presencia el enfoque cognitivo conductual, en contraste con el paradigma psicoanalítico que es más común en Argentina (Ibarra y Fischman, 2024).

De esta manera, la carga afectiva que atraviesa la experiencia migratoria, los diversos escollos en la integración socioeconómica y los efectos de la pandemia por COVID-19, han sido factores centrales que llevan a esta población hacia la búsqueda de espacios de acompañamiento emocional. Sin embargo, dicha búsqueda no se canaliza de manera uniforme, sino muestra dos prácticas. Por un lado, algunos interlocutores recurren a espacios terapéuticos vinculados a la psicología; por el otro, una parte significativa la rechaza o resiste, debido a los estigmas asociados, a juicios moralizantes relacionados a la atención clínica y a lo que ellos denominan como una falta de “cultura de atención psicológica”. Estos últimos sostienen su vida afectiva a través de redes de socialización, como amistades o vínculos familiares, como principal fuente de sostén emocional. Llamativamente, este distanciamiento de lo terapéutico institucional no ha impedido que reconozcan y nombren sus propios procesos emocionales, por medio de categorías de origen psiquiátrico para autodiagnosticarse y pueden llegar a explorar formas de automedicación para lidiar con emociones como la tristeza o la frustración que ellos asocian a la depresión.

La des-erotivización del proceso migratorio

Dentro de los espacios de atención psicosocial, uno de los ejercicios más llamativos, en tanto habilitaba el acceso a cómo las personas migrantes venezolanas asistentes reconocían, categorizaban y expresaban una amplia gama de sentimientos asociados a su experiencia de movilidad humana, consistió en una pregunta formulada por una de las psicólogas organizadoras del taller, sobre cuáles eran las emociones vinculadas a sus vivencias migratorias. Las emociones más recurrentes, relevadas mediante un formulario con una casilla abierta, fueron “depresión” y “ansiedad”. Este hallazgo se complementa con el hecho de que, en determinadas ocasiones, a pesar de que los talleres no constituían un espacio clínico formal, algunas participantes manifestaron la

necesidad de apoyo psicológico debido a sentimientos de tristeza y dolor que relacionaban con la depresión. En consecuencia, las facilitadoras¹⁴ las derivaban a especialistas en salud mental para recibir el tratamiento adecuado.

Este proceso de autodiagnóstico no era exclusivo de los espacios de atención psicosocial. Incluso en el relevamiento realizado en espacios de socialización, durante la maestría, comenzaban a registrarse testimonios que destacaban la presencia de episodios depresivos y la búsqueda de alternativas para mitigar el malestar, como la automedicación sin prescripción médica. Esto implicaba para estas personas consecuencias subjetivas, especialmente debido a la connotación negativa que pueden tener los padecimientos de salud mental dentro de esta comunidad. Del mismo modo, en los relatos de personas entrevistadas fuera de estos talleres, emergieron procesos de identificación subjetiva del malestar, frecuentemente asociados a nociones como depresión clínica, estrés o ansiedad. Resulta llamativo, además, que esta forma de valoración era más común entre interlocutoras mujeres, lo cual podría vincularse tanto con un mayor reconocimiento de su estado psicoemocional, como con una posible internalización de los discursos clínicos.

Por su parte, estas asociaciones eran especialmente recurrentes en torno a ciertas situaciones propias de la experiencia migratoria, particularmente aquellas relacionadas con el acceso al empleo y las condiciones laborales. La imposibilidad de conseguir trabajo, el maltrato en el ámbito laboral o el desajuste entre las expectativas previas y la realidad de la inserción laboral se vinculaban con emociones que las personas identificaban con dichas vivencias.

Hay otras formas también de maltrato [laboral] que yo no, las desconocía, entonces yo sufrí tantas cosas que yo dije “claro, esto también me afectó”, que a mí me afectó mucho anímicamente porque aparte de eso, tenía mi hija lejos [en Venezuela], fueron varios factores, pero eso condujeron [sic] también a que yo entrara como en una depresión. No quería saber nada, no quería comer, o sea, yo cada vez que comía, estaba como muy flaquita, estaba como muy dejada y después que yo renuncié a ese trabajo, como que mejoré un montón” (Angélica, comunicación personal, 15 de julio de 2024).

14 Resulta pertinente destacar que las psicólogas de PsiAr han enfatizado la importancia de despatologizar estas emociones, al promover su comprensión dentro de un repertorio de experiencias afectivas que incluye, por un lado, la tristeza y la melancolía, y por otro, la angustia y la preocupación. Durante la participación en el trabajo de campo, en ningún momento observé intentos de patologización mediante diagnósticos de trastornos o síndromes, por el contrario, se alentaba la derivación a especialistas como una alternativa de acompañamiento que validaba las vivencias subjetivas de cada participante.

Me había ido [del trabajo] debido a que me generaba mucha ansiedad, mucho estrés y trabajar en el [supermercado] me cambió el carácter [...], así como los primeros meses lloraba todos los días (Brenda, comunicación personal, 17 de julio de 2024).

Yo empecé como a vender perfumes, ¿sabes estas cosas como cadenas que vendes perfumes? [...] entonces tú tienes que comprar la caja de perfumes y luego, [...] cuando yo vi la oferta laboral, o sea, fue como la primera, yo entré en crisis, yo llegué ese día y me puse a llorar, yo dije...porque yo no soy buena vendedora, yo no sé vender, entonces, me sentí realmente muy sí, como muy deprimida, muy angustiada, o sea, ‘no soy buena vendedora, tengo que comprar esta caja de perfume’, o sea, me vi presionada, ‘tengo que vender tantos perfumes en la semana’ (Alma, comunicación personal, 23 de septiembre de 2022).

Desde una perspectiva sociocultural, similar al abordaje de Ramírez (2012) sobre el estrés, estos relatos revelan cómo la “depresión” es considerada un proceso que explica su estado frente a las injusticias y precariedades en su inserción laboral. Por lo tanto, cuando se describen como “deprimidas”, recurren a una metáfora afectiva para dar cuenta de una problemática que trasciende al cuerpo biológico (Ramírez, 2007). Así, la noción de depresión constituye un hecho sociocultural que expresa lo que determinados grupos sociales, en este caso, las personas migrantes, experimentan, sienten y significan, en función de su contexto sociohistórico.

A su vez, se observa cómo producen sus propias representaciones y categorizaciones émicas¹⁵ a partir de discursos y categorías científicas (etic), como la “depresión clínica”. Aquí comienzan a operar asociaciones entre la circulación de determinadas emociones, interpretadas como síntomas de posibles trastornos psíquicos susceptibles de patologización, lo que evidencia una internalización y naturalización del discurso clínico. En algunos casos, al tratarse de una dolencia conocida o, como diría Le Breton (2025), “que se cree conocer”, el recurso de la automedicación, a veces, sustituye la visita al médico, especialmente en contextos de limitaciones económicas como los que caracterizan las primeras etapas del proceso migratorio.

15 El uso de las categorías emic y etic proviene de la lingüística, disciplina desde la cual se asignaron dos puntos de vista para el análisis del comportamiento humano. Posteriormente, la antropología adoptó dicha distinción, en la que el enfoque emic busca comprender el mundo según la perspectiva de las personas interlocutoras, mientras que el etic representa el enfoque científico y analítico para el estudio de la cultura (Mostowlansky y Rota, 2020).

Si bien en sus relatos se reconocen las condiciones estructurales que posibilitan la circulación de emociones como la angustia o la tristeza, entre ellas, la desprofesionalización, el maltrato laboral y las dinámicas precarias en el marco de la migración, la lectura predominante, en línea con los discursos sobre la valoración positiva o negativa de ciertas emociones, consiste en una autoevaluación que asocia dichos sentimientos con problemáticas de salud mental. Esto podría contribuir a no reconocer un grado de agencia y, en cambio, llevar a interpretar la emoción como un problema psicológico significativo o incluso a psiquiatrizar el flujo de estos afectos.

Por lo tanto, cuando hablo de una des-emotivización de la experiencia migratoria, me refiero a la supresión de la dimensión emocional, en tanto proceso atravesado por sentidos históricos y culturales, estructuras sociales y clivajes como el género, la raza, la clase y las trayectorias de vida previas a la migración, en favor de una visión restrictiva centrada en lo psiquiátrico y lo medicalizado. Estas lecturas, atravesadas por discursos biopolíticos y una “cultura de la psique” y de la “autoayuda”, pueden tender a patologizar emociones como la tristeza, la nostalgia y la frustración como sinónimos de depresión clínica o el síndrome de estrés crónico, lo que genera en estas personas migrantes una necesidad de autodiagnóstico y “profilaxis individual”.

Al realizar esta formulación, no busco invalidar ni desatender los diversos procesos subjetivos que pueden atravesar las personas migrantes, ni las respuestas que se generan frente a situaciones de salud mental. Más bien, el propósito es contribuir a una reconceptualización de ciertos procesos, como la depresión, que puede desaparecer e incluso cosificar a los sujetos tras sus síntomas, mientras su “enfermedad” y tratamientos son personificados en el discurso médico (Martínez, 2006). Ya las teorías del etiquetado advertían que, “en lugar de nombrar una “condición” preexistente, las etiquetas desempeñan un papel crucial en la “creación” de la propia condición” (Brossard y Chandler, 2023, p. 16).

En consonancia con lo propuesto por Cvetkovich (2012), es necesario “despatologizar” las emociones socialmente consideradas problemáticas, al comprender que no se trata exclusivamente de patologías individuales o de desequilibrios bioquímicos, sino de respuestas a condiciones globales y a fuerzas estructurales de orden social, económico y político, como el colonialismo, el racismo o la exclusión y opresión de las poblaciones migrantes. En este sentido, Cvetkovich sostiene que, en el caso de la depresión, la gestión y medicalización de los afectos asociados responde, en muchos casos, a la necesidad de mantener a los sujetos “al día” con las exigencias de la cultura corporativa y la economía de mercado. Sin embargo, advierte que estos sentimientos, frecuentemente considerados negativos, pueden también constituir una fuente de agencia y de transformación política, más que un mero obstáculo.

Siguiendo estos postulados, propongo replantear, en contextos migratorios, aquellos discursos cada vez más extendidos, que se sustentan en determinados enfoques de la psicología y la psiquiatría, y que han permeado los relatos de personas en situación de movilidad al introducir categorías como el “duelo migratorio” o el “síndrome de Ulises”. Estas nociones sitúan al especialista en salud mental, en un rol comparable al que describe Foucault (2011) en su análisis de la práctica de la confesión, en la que el profesional asume la función de emitir juicio y diagnóstico.

En el ámbito de la migración, se interpreta la presencia de determinados “estresores”, como la soledad resultante de la separación familiar, la escasez de oportunidades, el fracaso del proyecto migratorio, el miedo y la indefensión, como factores desencadenantes de síntomas psíquicos y somáticos asociados con la salud mental (Achotegui, 2022). Basándose en las adversidades enfrentadas por el personaje de Ulises en la mitología griega, Achotegui (2022), uno de los precursores del término, define el síndrome de Ulises como un conjunto de síntomas relacionados con el estrés extremo experimentado por las personas migrantes. Este “proceso reactivo” se caracteriza por un estado de estrés crónico y complejo, generado por la necesidad de adaptarse a un entorno nuevo y frecuentemente hostil, alejado del apoyo familiar y social. Achotegui clasifica a las personas migrantes en tres grupos según su vulnerabilidad frente a diversos factores estresantes. En primer lugar, aquellas con trastornos mentales y predisposición; en segundo lugar, aquellas sin trastornos mentales, pero con predisposición; y, finalmente, aquellas sin trastornos mentales ni predisposición.

Aunque Achotegui aclara que el término es descriptivo y no pretende “psiquiatrizar” la experiencia migratoria, estos postulados sostienen que el síndrome de estrés crónico y múltiple en migrantes, otra denominación del síndrome de Ulises, se sitúa entre dos enfoques que van desde minimizar el diagnóstico y negar el duelo migratorio extremo, por un lado, y considerarlo un trastorno mental susceptible de medicalización, por otro. A pesar de que este “síndrome” no se define como un trastorno o enfermedad mental, al describirlo como un “cuadro reactivo de estrés” se comienza a utilizar una terminología médica que busca una categorización universal de las experiencias de las personas migrantes, sin considerar el contexto en el que emergen estos “síntomas”.

Este escenario exige una relectura de la noción de biopolítica propuesta por Foucault (2011), a fin de comprender cómo las prácticas y planteamientos de la psicología y la psiquiatría regulan a las personas migrantes en la sociedad, así como la formulación de discursos que gestionan diversos aspectos de sus vidas y terminan incidiendo en los modos en que reconfiguran su sub-

jetividad. Estas dinámicas establecen criterios de normalidad y patología en relación con las experiencias y emociones de las personas, más aún cuando, desde el rol del Estado, se habilita con mayor fuerza la “voz del experto”, lo que relega a un segundo plano las formas en que las personas realmente experimentan un acontecimiento (Das, 2008).

Los postulados del síndrome de Ulises sugieren, por lo tanto, que la normalidad se define como la ausencia de emociones asociadas con la tristeza, el dolor o la ira, de modo que la presencia de estos sentimientos puede ser interpretada como síntoma de algún síndrome de estrés, como si la experiencia migratoria misma, en todas sus implicancias, no representara un “terremoto”¹⁶ que desarticula, moviliza y reconfigura el panorama emocional de quienes atraviesan este proceso. De esta manera, al otorgar etiquetas diagnósticas, se puede ignorar las demandas de justicia y reconocimiento de las personas migrantes, al recluir sus reclamos sociales a un desajuste bioquímico, y aplicar tratamientos que, en muchos casos, pueden ignorar las particularidades culturales que atraviesan dicho malestar (Pussetti, 2006).

Aun cuando en los espacios de PsiAr no se registraron explícitamente formas de “patologizar” las experiencias migratorias, es importante señalar cómo, incluso dentro de los contenidos diseñados en busca del “bienestar psicológico”, subyacen los discursos terapéuticos de la “cultura de la autoayuda”. Estos fundamentos se han filtrado en diversas esferas, sociales, personales, familiares, laborales e institucionales, al instaurar una forma particular de entender las emociones basada en la provisión de un vocabulario para el *yo* y en la objetivación de las emociones para su gestión y control (Illouz, 2012). De esta manera, se evidencia un proceso de des-emotivización en el que, especialmente en el caso de las interlocutoras, emociones como la culpa, la tristeza o la nostalgia son consideradas causantes o sinónimos de ciertos trastornos o patologías de salud mental, lo que lleva a que dichas emociones sean categorizadas como experiencias exclusivamente psíquicas y conduce a buscar soluciones médicas, cuando deberían pensarse soluciones sociales (Horwitz y Wakefield, 2007).

16 Dentro de los espacios de atención psicosocial, esta metáfora se utilizó con frecuencia para aludir a la migración.

Conclusiones

A lo largo del artículo he problematizado críticamente el proceso de patologización de emociones como la tristeza mediante categorías diagnósticas o indicadores de trastornos psicopatológicos, tomando como caso el proceso de la migración venezolana en Buenos Aires. El análisis consistió, por tanto, en pensar la noción de depresión desde una mirada socioantropológica que la ubica no solo como un proceso biológico e individual, sino como uno atravesado por dimensiones históricas y socioculturales.

En este contexto, el caso de la migración venezolana en Buenos Aires resultó relevante para analizar dicha cuestión, dado que se trata de una población cuyos distintos factores políticos, económicos y sociales han empujado a un numeroso grupo de personas a llevar a cabo un proceso de movilidad, muchas veces no deseado y en condiciones de vulnerabilidad que las exponen a situaciones de violencia, tanto en el tránsito migratorio como en sus inserciones socioeconómicas en los países de destino. Estas condiciones se reflejan en un impacto subjetivo que se traduce en un incremento de la búsqueda de espacios de “apoyo” emocional o de atención psicológica, más aún en el contexto de pandemia. Dichos espacios, que han pasado de ser exclusivamente de socialización a incorporar una orientación hacia el bienestar emocional desde el paradigma de salud mental, evidencian también la demanda de esta población por contar con lugares donde hablar y compartir sus vivencias afectivas.

No obstante, la emergencia de estos espacios puso igualmente en evidencia la resistencia de cierta parte de este grupo migratorio hacia entornos de atención clínica, especialmente por los estigmas asociados a la búsqueda de ayuda en salud mental y por la ausencia de lo que ellos denominan una “cultura de atención psicológica” en Venezuela. Asimismo, influyen otras redes afectivas, como familiares, amistades y conocidos, que no son categorizadas como clínicas, pero cumplen funciones de acompañamiento y solidaridad.

Lo particular de ambos casos es que, en ellos, comienzan a operar prácticas de reconocimiento y categorización de los propios procesos afectivos mediante nociones de origen psiquiátrico como mecanismos de autodiagnóstico que, en algunos casos, pueden derivar en la exploración de formas de automedicación para lidiar con emociones que se asocian a la depresión. En efecto, algunas de las personas relevadas para este estudio comenzaban a dar sentido a sus vivencias afectivas a través de categorías científicas, dado que asociaban dichas emociones con síntomas de posibles trastornos psíquicos susceptibles de patologización. Esto muestra cómo han incorporado discursos provenientes de la psicología y la psiquiatría que impulsan un proceso de des-erotivización

de la experiencia migratoria, en la medida en que relegan el carácter situado e histórico de las trayectorias de vida de estas personas, atravesadas por dimensiones de género, clase, raza, entre otras, en favor de una patologización que desconoce tanto las condiciones estructurales que generan esas emociones como el grado de agencia que tienen estas personas para maniobrar con ellas.

De este modo, el artículo procuró incorporar, desde una mirada sociocultural de las emociones, una comprensión de la depresión y, desde luego, de la salud mental desde su carácter político y sociocultural, en tanto son categorías históricamente construidas. En este sentido, el paradigma biomédico y sus acepciones por medio de categorías sindrómicas como el “Síndrome de Ulises” pueden internalizarse por parte de las personas migrantes en dinámicas de autoevaluación y jerarquización de determinadas emociones, lo que contribuye a la tendencia a patologizar ciertos sentimientos y sensaciones sin considerar los contextos en que surgen, las trayectorias de los sujetos involucrados, los clivajes que las atraviesan ni el origen de las propias categorías diagnósticas.

Mi intención no fue agregar otra piedra al ya clásico debate que separa la mirada sociocultural de la biológica. Sin desconocer mis posicionamientos críticos, en especial respecto de la “despersonalización” que en ocasiones caracteriza a disciplinas como la medicina (Le Breton, 2025), la intención del artículo fue contribuir, desde un enfoque etnográfico, a una mirada comprensiva e integral en la que determinados procesos, que bien pueden tener una raíz biológica y orgánica, sean también considerados en su dimensión sociocultural. En particular, dentro del proceso terapéutico, suele quedar relegada la dimensión del sentido y de los valores que afectan la relación de las personas con su cuerpo y con sus vivencias emocionales (Le Breton, 2025), así como la trama sociocultural y los discursos dominantes que impregnan e inciden en las conductas de estas personas migrantes. Quienes, cabe subrayar, si bien están condicionadas por cuestiones estructurales, también son creadoras de los sentidos que otorgan a sus emociones.

Bibliografía

ACHOTEGUI, J.

(2022), *El Síndrome de Ulises*, Ned Ediciones, España.

AHMED, S.

(2015), *La política cultural de las emociones*, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México. .

(2021), *La promesa de la felicidad: una crítica cultural al imperativo de la alegría*, Caja Negra, Buenos Aires.

ALARCÓN, R. et al.

(2022), "A Scoping Review of the Venezuelan Migration in Three South American Countries: Sociocultural and Mental Health Perspectives". *World Social Psychiatry*, vol. IV, N°1, pp.13–23. <https://doi.org/10.4103/wsp.wsp_5_22>

ALONSO, M. y D. KLINAR

(2016), "Los psicólogos en Argentina. Relevamiento Cuantitativo 2015 (Resultados preliminares)". VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires.

ARIZA, M.

(2017), "Migración y emociones: cómo entender el orgullo desde una mirada sociológica". En Abramowski, A. y Canevaro, S. (Comps.), *Pensar los afectos. Aproximaciones desde las ciencias sociales y las humanidades*, Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA

(2014), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. 5ta ed. Arlington.

BARRAGÁN, A. y C. MORALES

(2014), "Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios". *Enseñanza e investigación en psicología*, vol. XIX, N°1, pp. 103-119.

BENATUIL, D. y J. LAURITO

(2015), "El Rol de las prácticas profesionales supervisadas en una muestra de estudiantes de psicología de una universidad de gestión privada argentina". *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, vol. VII, N°2, pp. 397–410.

BESSERER, F.

(2014), "Regímenes de sentimientos y la subversión del orden sentimental. Hacia una economía política de los afectos". *Nueva Antropología*, vol. XX-VII, N°81, pp. 55–76.

BROSSARD, B. y A. CHANDLER

(2023), “Explicar la ‘crisis de salud mental’: perspectivas sociológicas”. *Panorama social*, vol. XXXVIII, pp. 9–22.

CABANAS, E. y E. ILLOUZ

(2023), *Happycracia: Cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas*, Ediciones Paidós, Buenos Aires.

CARROLL, H. et al.

(2020), “The migration journey and mental health: Evidence from Venezuelan forced migration”. *SSM - Population Health*, vol. X, pp. 1–11. <<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100551>>

CASCO, K.

(2023), “Duelo migratorio e inserción laboral en migrantes de nacionalidad venezolana”, [Tesis de grado], Quito, Universidad Tecnológica Indoamérica. <<https://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/5660>>

CITRO, S.

(2010), “La antropología del cuerpo y los cuerpos en-el mundo: indicios para una genealogía (in)disciplinar.” En Citro, S. (Ed.), *Cuerpos Plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Editorial Biblos, Buenos Aires.

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID

(2016), *Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados* (1a ed.). Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

CRAPANZANO, V.

(1994), “Reflexions sur une anthropologie des emotions”. *Terrain*, vol. XXII, pp. 109–117. <https://journals.openedition.org/terrain/3089>

CUBILLOS, A., A. VARGAS-MONROY y T. WHARTON

(2020), “Migración de venezolanos a Florida Central, Estados Unidos. Aspectos relacionados con la percepción de condiciones y necesidades de salud mental en 2019”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. IX, pp. 1–18.

CVETKOVICH, A.

(2012), *Depression. A public feeling*. Duke University Press.

DESPRET, V.

(2022), *Cuerpos, emociones, experimentación y psicología*, Buenos Aires, Coloquio de perros.

DIRECCIÓN NACIONAL DE POBLACIONES

(2021), *La migración reciente en la Argentina entre 2012 y 2020*, Buenos Aires, Registro Nacional de Personas y Ministerio de Interior de Argentina, 2021.

DUBET, F.

(2020), *La época de las pasiones tristes: De como este mundo desigual lleva a la frustración y el resentimiento, y desalienta la lucha por una sociedad mejor*, Siglo XXI, Buenos Aires.

ESPINEL, Z. et al.

(2020), "Venezuelan migrants in Colombia: COVID-19 and mental health". *The Lancet. Psychiatry*, vol. VII, N°8, pp. 653–655. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30242-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30242-X)

FERNÁNDEZ-ABASCAL, E. et al.

(2010), *Psicología de la Emoción*, Madrid, Centro de Estudios Ramón Areces. Editorial Universitaria Ramón Areces.

FOUCAULT, M.

(2008), *Tecnologías del yo*, Paidós, Buenos Aires.

(2011), *Historia de la sexualidad. Vol. 1: La voluntad de saber*, Siglo XXI, Buenos Aires.

FREITEZ, A. y D. MAROTTA

(2021), "Migración forzada, crisis económica y desequilibrios en el mercado laboral en Venezuela". En Koechlin, J., Eguren, J. y Estrada, C. (Eds.), *Inserción laboral de la migración venezolana en Latinoamérica*, Lima, Universidad Antonio Ruiz de Montoya, Konrad-Adenauer-Stiftung y Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo–OBIMID.

GUBER, R.

(2011) *La etnografía, método, campo y reflexividad*, Siglo XXI, Buenos Aires.

GUTIÉRREZ, S. y C. PLANTIN

(2010), "Argumentar por medio de las emociones. La campaña del miedo del 2006". *Versión UAM-X*, vol. XXIV, pp. 41–69.

HIRSCHMAN, A.

(2024), *Pasiones y los intereses argumentos políticos en favor del capitalismo antes de su triunfo*, Alianza Editorial, Madrid.

HOOKS, B.

(2021), *Todo sobre el amor*, Editorial Paidós, Barcelona.

HORWITZ, A. y J. WAKEFIELD

(2007), *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford University Press. <<https://doi.org/10.1093/oso/9780195313048.001.0001>>

IBARRA, M.

(2021), *Al menos están vivos: familia, matrisocialidad y emociones de la migración venezolana en Buenos Aires*, [Tesis de Maestría], Buenos Aires.

- res, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Argentina), 2021.
- (2024), “Acceso laboral de migrantes venezolanos en Argentina y Chile: Perspectivas sobre obstáculos y estrategias”. *Diarios del Terruño*, N°17, 125–147.
- (2025) “Intimidades íntimas. Cuerpo y emociones de mujeres migrantes venezolanas en espacios virtuales de atención psicosocial”. *Revista de Ciencia y Arte*, vol. III, N°2, 66–80. <<https://doi.org/10.37211/2789.1216.v3.n2.164>>
- (s.f.), “No tengo tiempo para sentir”. *Migración, trabajo y emociones de las personas venezolanas en Argentina* [Tesis de Doctorado], Buenos Aires, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Argentina), en prensa.

IBARRA, M. y FISCHMAN, F.

- (2024), “En Venezuela era psicóloga: Des y reprofesionalización de psicólogas(os) venezolanos en Buenos Aires”. *Revista Chilena de Antropología*, vol. XLIX. <<https://doi.org/10.5354/0719-1472.2024.75301>>

ILLOUZ, E.

- (2012), *Intimidades congeladas: las emociones en el capitalismo*, Katz Editores, Buenos Aires.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

- (2022-2024), *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos*, Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2024.

KAGAN, J.

- (2007), *What is emotion?: History, measures, and meanings*. New York, Yale University Press.

KLEINMAN, A.

- (1988), *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York, Basic Books, Inc., Publishers.

LE BRETON, D.

- (2025), *Antropología del dolor*, Buenos Aires, Metales pesados.

LÓPEZ, O.

- (2019), *Extravíos del alma mexicana. Patologización de las emociones en los diagnósticos psiquiátricos (1900-1940)*, Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México.

MACKINNON, C.

- (2006), *Are women human?: And other international dialogues*. Harvard University Press,

MARTÍNEZ, A.

(2006), “La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones”. *Política y Sociedad*, vol. XLIII, N° 3, pp. 43–56. <<https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSOo6o6330o43A>>

MARTÍNEZ, M. y A. MARTÍNEZ

(2006), “Patología psiquiátrica en el inmigrante”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. XXIX, 63–75.

MATUS, A.

(2021), “Giro afectivo y Teoría Social. El concepto de habitus emocional de Deborah Gould y las comunidades disidentes del Alto Valle de Río Negro y Neuquén”. (*En*)*clave Comahue*, vol. XXVII, pp. 210–235.

MOSTOWLANSKY, T. y A. ROTA

(2020), “Emic and etic”. En Stein, F. *The Open Encyclopedia of Anthropology*. <<https://doi.org/10.29164/2oemicetic>>

NICOLAO, J., N. DEBANDI y A. PENCHASZADEH

(2022), “Migración venezolana en la República Argentina. Desafíos emergentes de su integración laboral en el marco de la pandemia”. *Polis (Santiago)*, vol. XXI, N°62, pp. 111–41.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES

(2018), *Guía para la Atención Psicosocial a Personas Migrantes en Mesoamérica*, San José, OIM.

PACECCA, M. y A. LIGUORI

(2019), *Venezolanos/as en Argentina. Un panorama dinámico: 2014-2018* (1a ed.), Buenos Aires, CAREF, OIM y ACNUR.

PAPALINI, V.

(2015), *Garantías de felicidad: estudios sobre los libros de autoayuda*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo editora.

PEDONE, C. y A. MALLIMACI

(2019), “Trayectorias laborales de la población venezolana en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. En Blouin, C. (Eds.), *Después de la llegada, realidades de la migración venezolana*, Thémis, Lima.

PELÁEZ, D.

(2017), “Emociones en movimiento para la supervivencia familiar transnacional. El caso de los vendedores informales venezolanos en el transporte público en Bogotá”, [Tesis de especialización], El Colegio de La Frontera.

PIQUERAS, J., V. RAMOS, A. MARTÍNEZ, y L. OBLITAS

(2009), “Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física”. *Suma psicológica* vol. XVI, N°2, pp. 85–112.

PUSSETTI, C.

(2006), "Pathologizing diversity: An anthropological critique of the concept of Culture-Bound Syndrome". *Etnografica*, vol. X, N°1, pp. 5–40.

RAMÍREZ, J.

(2007), "Estresadas, deprimidas o embrujadas. O de cómo un grupo de operadoras telefónicas se representa su malestar laboral actual". *Estudios de Antropología Biológica*, vol. XIII, N°2, pp. 649–73.

RAMÍREZ, J.

(2012), "El estrés laboral desde la perspectiva sociocultural". *Salud Problema*, vol. III, pp. 9–20.

REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS Y DIRECCIÓN NACIONAL DE POBLACIÓN

(2025), "Población extranjera identificada con residencia en Argentina". RENAPER. <https://estadisticas.renaper.gob.ar/app_extranjeros/>

ROSALDO, M.

(1984), "Toward an Anthropology of Self and Feeling". En Shweder, R. y Levine, R. (Eds.), *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*. Cambridge University Press.

SALAS-WRIGHT, C. et al.

(2022), "The Venezuelan Diaspora: Migration-Related Experiences and Mental Health". *Current Opinion in Psychology*, vol. XLVII, pp. 1014–1030. <<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101430>>

SALAS-WRIGHT, C. et al.

(2024), "Interplay of premigration crisis exposure and postmigration cultural stress on depressive symptoms among Venezuelan crisis migrants in Colombia". *Cultural Diversity y Ethnic Minority Psychology*, vol. XXX, N°4, pp. 886–895. <<https://doi.org/10.1037/cdp0000665>>

SOLANA, M.

(2020), "Afectos y emociones: ¿Una distinción útil?" *Revista Diferencia(s)*, vol. X, pp. 29–40.

WETHERELL, M.

(2012), *Affect and Emotion: A New Social Science Understanding*, Londres, SAGE Publications Ltd. <<https://doi.org/10.4135/9781446250945>>