Avance de Investigación: Cuerpo, Subjetividad y Género:

Apuntes para una propuesta sistémico-relacional para el tratamiento de adicciones

Eyleen Faure B.; Víctor Martínez S.;

Felipe Rodríguez U.;

Sergio Padilla.

Resumen

Este avance es resultado de un trabajo que ha combinado la práctica clínica con la reflexión teórica, en el contexto de trabajo de grupo AdiQtasis (EQtasis, Universidad de Chile). El objetivo de esta reflexión es el de problematizar, de manera acotada, el marco teórico en el que se inscriben los modelos de tratamiento de las adicciones en Chile- en los dispositivos públicos- articulando críticamente esta problematización con nuestra propuesta, la que releva la relación entre *singularidad, cuerpo y subjetividad* y que se compone de elementos como la técnica narrativa, el uso de la actitud crítica poética. Introduciremos además la *perspectiva de género*, como consideración amplia de las relaciones de poder que se despliegan en lo social y en el espacio "médico" y terapéutico, además de enfatizar en sus aportes a la luz de la relación entre cuerpo y producción subjetiva.

Introducción

A mediados del 2014, en conjunto con alumnos de un programa de postítulo sistémico en adultos, comenzamos a pensar en los modelos tradicionales que imperan en el tratamiento de adicciones, acogiendo una postura crítica y tensionante en torno a los mismos. Durante el 2015, hemos logrado constituirnos como un grupo de estudios con la constante participación y el compromiso de 12 integrantes, los que en la actualidad se desempeñan tanto en el área de la clínica como de la investigación. En este contexto, AdiQtasis nace como un equipo interesado en desarrollar una comprensión sistémico – relacional en el tratamiento de las adicciones. Para esto, tomamos aportes de diversos modelos teóricos, entre ellos la Terapia Narrativa, de la escuela de Milán, el Enfoque de Género, concepciones del Modelo transteórico del cambio y de la entrevista motivacional. Buscamos, desde una lectura sistémica bajo la línea posmoderna relacional, abrirnos

hacia la posibilidad de un espacio más amplio de intervención, generando fisuras o puntos de quiebre capaces de generar una diferencia en el formato tradicional del tratamiento en adicciones. En este contexto, hemos desarrollado una línea de trabajo de investigación interdisciplinaria, que se manifiesta hoy en este avance, el que tiene por objetivo problematizar, de manera acotada, el marco teórico en el que se inscriben los modelos de tratamiento de las adicciones en Chile y las prácticas dominantes en su aplicación en los dispositivos públicos, articulando críticamente esta problematización con nuestra propuesta, la que releva la relación entre singularidad, cuerpo y subjetividad y que se compone de elementos como la técnica narrativa, el uso de la actitud milanesa y la crítica poética. Introduciremos además la perspectiva de género, como consideración amplia de las relaciones de poder que se despliegan en lo social y en el espacio "médico" y terapéutico, además de enfatizar en sus aportes a la luz de la relación entre cuerpo y producción subjetiva.

Proponemos una atención enmarcada en los modelos sistémicos relacionales, que nos otorgan acceso a una terapia posmoderna, en búsqueda de una tensión que permita abordar las adicciones sólo como un elemento o aspecto relevante dentro de una problemática más amplia. Ésta última, puede tener aspectos sociales (a nivel micro o macro) y/o familiares diversos, dentro de los cuales nos interesa enfatizar y relevar aquellos elementos a los que la adicción responde: aquello de lo que habla y desde donde ella se instala. En este sentido, proponemos una terapia descolonizadora de los modelos predominantes, una terapia dignificante y centrada en la persona; con una actitud de aceptación y empatía que busca acompañar la trayectoria generativa de su propio conocimiento. En este punto, la producción subjetiva emerge como elemento de considerable importancia, en la medida que permite destacar la agencia de lxs sujetxs, en concordancia también con sus singularidades y desarrollos particulares.

De evidencias y metas cuantitativas: Presentación de los dispositivos públicos para el tratamiento de adicciones en Chile

El uso recreativo de drogas en Chile, durante los últimos 20 años, ha evolucionado y cambiado tanto en lo que respecta al tipo de consumo como las drogas que son incluidas en ella, o consideradas como de "recreación". Durante la década de 1990, el uso recreativo de drogas se encontraba asociado a segmentos jóvenes, principalmente adolescentes y adultos jóvenes (entre 12-40 años) y vinculado con situaciones de interacción sociales específicas y propias de estos segmentos. Las drogas que durante este período se consideran como recreativas, son,

principalmente, el alcohol, el tabaco, y en, menor medida, la marihuana (CONACE, 1994). A medida que nos acercamos al año 2000, los patrones de consumo de este tipo de drogas comienzan a variar, ya que se incluyen nuevos grupos como los adultos (hasta los 64 años) al segmento de consumo habitual de drogas recreativas (CONACE, 1994). Aumenta el consumo de marihuana- también su cultivo casero- y la cocaína es incorporada, en algunos análisis, al grupo de las drogas recreativas. Entre el año 2010 y 2012, se observa una estabilización en los índices de consumo de alcohol, en el grupo de entre 19 y 64 años, una baja en el consumo de tabaco y un alza en el uso de marihuana (SENDA, 2013). Los aspectos más relevantes que se observan desde 1994 hasta 2012 en el uso recreativo de drogas son, primero, que la edad de consumo de este tipo de drogas se amplió incluyendo a segmentos mayores. En segundo lugar, el consumo con fines de recreación de drogas legales (alcohol y tabaco) se asienta, mientras que aumenta el uso de la marihuana en general. Asimismo, se empiezan a considerar a drogas como la cocaína y algunos opiáceos y/o drogas sintéticas dentro de la categoría de recreativas, a pesar de ser ilegales o estar creadas con fines terapéuticos.

En Chile, desde la década de los '80[1] hasta la actualidad se realizan tratamientos para personas con consumo problemático de drogas en diferentes modalidades de atención. Desde consultas individuales y planes de tratamiento ambulatorios, hasta intervenciones en hospitales psiquiátricos para personas con patología dual. También existen tratamientos específicos para infractores de ley, otros para mujeres mayores de 20 años; programas de libertad vigilada (con condición de tratamiento y desde diciembre de este año se integran también las penas mixtas) y otros dirigidos a población general (que suelen ser hombres mayores de 20 años) En general, estos tratamientos y programas consideran al consumo problemático de drogas como una patología, definida esta como: *"los cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos… que se presentan durante, o poco tiempo después, del consumo de…"* (DSM IV, 1994) o bien, como los *"trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de…"* (CIE 10, 1992) De esta consideración, se desprenden una serie de prácticas y discursos que definen al paciente como "adicto" y "enfermo" y a su familia como "co-dependiente"; categorías a las que

[1] El primer centro que desarrolló este tipo de tratamientos en Chile fue la Fundación Paréntesis del Hogar de Cristo desde 1985, al que le siguió el Centro de Tratamiento de Colina, que comienza a desarrollarlo desde 1991

debe añadirse la de “delincuente” para comportamientos asociados al consumo tales como porte, cultivo, siembra, etc., noción aportada por la legislación vigente (Ley 20.000, 2005)

Los primeros tratamientos para la dependencia, durante los primeros años de la década de 1980, [se forma la Comisión Nacional de Alcohol (1982)] eran realizados por instituciones privadas o por las unidades de tabaco, alcohol y drogas que, de manera incipiente, desarrollaban este trabajo en el ámbito de la salud pública. Durante la década de los ’90, con la creación del CONACE (1990) el estado de Chile comienza a pagar planes de tratamiento a privados, política que se expande cada vez más a medida que se avanza hacia el año 2000. Para entonces, la puesta en marcha de planes de tratamiento financiados por el estado y ejecutados por entidades privadas y públicas, obliga a “profesionalizar” el recurso humano de estas unidades, las que transitan de ser centros manejados en su mayoría por “ex – adictos” a convertirse en equipos mixtos e interdisciplinarios de trabajo que incluyen a profesionales y técnicos. Estos cambios, inciden directamente en las metodologías y modelos de trabajo en el ámbito del tratamiento. Por ejemplo, se proponen y difunden nuevas teorías que cambian la mirada patologizante- que buscaba intervenir desde lo médico la “enfermedad de la adicción”- por la de reconocer y encontrar en el paciente a una persona “en busca de sentido” (Proyecto Hombre Madrid, 1983) cuyo tratamiento comienza a basarse en un modelo integrado por profesionales (psicólogos) que, en su mayoría, empiezan a trabajar desde el modelo cognitivo conductual, incorporando, algunos, el enfoque biopsicosocial, que integra el trabajo del asistente social al tratamiento.

Durante los últimos años, han aparecido algunos modelos que intentan modificar las miradas y metodologías. Por ejemplo, el de “Reducción de daños” (surgido en el norte de Europa alrededor de 1980 e implementado en Chile alrededor del año 2000 por la gestión de Pablo Egenau en fundación Paréntesis) que promueve tratamientos que ponen énfasis en los derechos humanos y la psicoterapia en reducción de daños en el tratamiento de las adicciones de Andrew Tatarski, presentada en el año 2013 por la Fundación Paréntesis.

Con algunas diferencias, en términos generales, los tratamientos actuales para pacientes con consumo problemático de drogas en Chile presentan características comunes. En general, la persona que consulta y su acompañante- que suele ser un miembro de su familia: madre, pareja, hermana (o), padre, hijos- son entrevistados con el fin de evaluar la severidad de su compromiso adictivo y la magnitud del daño que las drogas han provocado en su desempeño social. Luego de ello, los pacientes suelen ser integrados a programas ambulatorios de tratamiento o a

Comunidades Terapéuticas residenciales de corta estadía. Ellos y sus acompañantes son entrenados en como dejar el consumo y mantener la abstinencia, su familia es instruida en prácticas que les permitan ayudar al "adicto" y colaborar en la prevención de recaídas (modelo de Marlatt y Gordon, 1980, 1985) Algunos de los modelos de trabajo más utilizados en los centros de tratamiento en Chile son el Estratégico breve, el modelo transteórico del cambio (Prochaska y Diclemente, 1984), y el motivacional (Miller y Rollnick, 1991). Los centros que trabajan de manera específica en los programas de libertad vigilada o en vinculación con los tribunales de justicia, adscriben al modelo denominado como de justicia terapéutica. Que usa el modelo transteorico del cambio (Prochaska y Diclemente, 1984) y la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991) con un marcada línea en lo cognitivo conductual.

Este es, en términos generales, el curso que ha seguido el tratamiento e intervención en el ámbito del consumo problemático de drogas en Chile. Como es posible observar, el modelo de intervención y tratamiento que impera se caracteriza por estar centrado en evidencia, aspecto en el que se considera como central, por ejemplo, la abstinencia, sin importar las condiciones bajo las cuales esta se logre. En este sentido, puede afirmarse que el modelo en Chile es "drogocéntrico", ya que su objetivo es la eliminación del consumo de drogas por parte del "paciente", siendo este último considerado un "enfermo" como ya enunciábamos. Por otra parte, el éxito de los dispositivos se evalúa en función del logro de metas cuantitativas, asociadas a la cobertura de los programas, la asistencia de pacientes y la adherencia de estos a los tratamientos. La política pública en relación a la salud mental y al tratamiento de las adicciones en Chile, está construida sobre la base de esta consideración, estableciendo sus marcos teóricos en función de aquellas líneas que demuestran ser efectivas en este sentido (CONACE, 1994; SENDA, 2013)

Algunos puntos críticos del modelo de tratamiento de adicciones en Chile: Agencia, género, cuerpo y subjetividad

Luego de lo descrito acerca del modelo aplicado en Chile en el tratamiento de adicciones, consideramos que éste tiende a la "des-singularización" de lxs sujetxs, en la medida que propone planes de psicoeducación que apuntan a reproducir actores normativizados desde la ideología de la salud, basada en los discursos biopsicosociomédicos predominantes. Estos discursos se orientan a la mantención de lxs personas dentro de la sociedad, actuando como sujetxs de consumo y orientando sus acciones hacia la producción, el rendimiento y la obediencia de los marcos normativos en los que respecta al sexo-género, las relaciones sociales, el desarrollo del

pensamiento y su participación económica, entre otros aspectos. Con ello, se invisibiliza la dimensión ético-política de los sujetxs y de los grupos, con lo que se suprimen muchos de los deberes y de las potencialidades que los usuarios muestran y poseen. Un aporte en este sentido, lo constituye en concepto de *agencia* (Deleuze, 1987), la que se despliega como manifestación directa de una subjetividad desarrollada y activa, que debe ser estimulada. La consideración de la agencia de los sujetxs, así entendida en este contexto, modifica la orientación básica del modelo, en la medida que propone remirar al "consultante" no como paciente/enfermo, depositario, sino que como sujetx, activo, en movimiento, dotado de potencialidades; las que se han configurado en un contexto cultural y político que no puede ignorarse. La emergencia de la agencia, implica, asimismo, la existencia de un espacio en la terapia o en el contexto del tratamiento, para que el usuario emprenda sus propias acciones, decida su camino en función de su proyecto de vida, sus creencias, sus preferencias, su cultura, sus costumbres, su formación religiosa y familiar, en fin: en función de su configuración subjetiva.

Otro de los aspectos que pueden ser problematizados es el que dice relación con el rol que se pretende (o que no se pretende) que juegue el grupo familiar del "paciente" durante el tratamiento. En este sentido, podemos señalar que la "familia" (sea cual fuere su constitución) se considera como una extensión del usuario o una estructura accesoria del mismo. De hecho, se utiliza el concepto de "co-dependiente" para referirse al grupo familiar en este contexto. Con ello, se le invisibiliza en sus particularidades y se le otorga la función de apoyo a un proceso que pareciera no tener relación directa con su despliegue. Desde la perspectiva de género, la familia es mirada desde una consideración heterosexual y patriarcal, desde la que se asientan los discursos normativos en relación a los roles de género (la mujer es el "apoyo", la "cuidadora", la que debe, por ejemplo, asumir el cuidado de los hijos y ancianos, a la vez que, perpetuar la convivencia y la relación de pareja cuando la hay, de manera incondicional), la estructura familiar deseable, el acceso diferenciado a los tratamientos y dispositivos, el tratamiento diferenciado y definido en función del deber ser asignado a cada sexo-género. En este sentido, es también relevante considerar que sujetxs como los niños y otros situados en las "periferias" de los tratamientos, son también considerados desde una perspectiva patriarcal y heterocentrada. Se puede afirmar, que la política pública en este sentido es "heteronormativa", masculinista y normativa. En general, desde el estado se considera la recepción diferenciada de las políticas públicas desde un enfoque binario y normativo del "sistema sexo-género", construido sobre la base de una visión heteronormativa de la familia y de las relaciones interpersonales, en la que las aspiraciones y objetivos se definen

en función de consideraciones de tipo universal (por ejemplo, por lineamientos del tipo MED y GED de ONU), que pasan por alto la singularidad de los sujetxs y los grupos.

Una perspectiva situada y encarnada, que considere categorías como sexo, género, clase, origen étnico y contexto cultural, entre otras, no puede cimentarse en patrones considerados universales, que desde su propia definición ya se presentan como excluyentes. En este punto, es de vital importancia la consideración de la noción de cuerpo, en vínculo con la de subjetividad o de producción de subjetividad. Desde los estudios de género, son variados los aportes que pueden mencionarse al respecto. El cuerpo como *materialización* de discursos (Butler, 1990), es soporte y vehículo de la subjetividad. Los discursos normativos acerca de la corporalidad producen también los parámetros de "normalidad" en lo que dice relación con el ámbito subjetivo. De esa subjetividad emerge una forma de ser y estar en el cuerpo, una manera de "usarlo", un deseo con dirección definida, un placer que se vive y se legitima sólo desde la norma. Desde esta noción básica, se desprenden varias vetas que tienen mucho que aportar a esta reflexión. Por una parte, la gubernamentalidad de los placeres corporales gobierna también las consideraciones relativas al uso de los cuerpos, lo que se vincula directamente con la consideración del uso de drogas como placentero, equívoco, problemático o trasgresor, según corresponda. Por otro lado, las consideraciones de salud y enfermedad, que se desprenden del discurso biomédico y de la psiquiatría, definen las fronteras de lo aceptable y de lo considerado "recreativo", placentero y problemático. En este plano, deben considerarse los discursos acerca del cuerpo enfermo, del cuerpo "anormal" o "marginal", cuyos basamentos no consideran particularidades culturales, sociales, sexuales ni de ningún otro tipo. Se pretende que los cuerpos se uniformen y comporten de igual modo, apuntando a la dirección delineada por la "normalidad" configurada desde el binarismo de la ciencia occidental, que traspasa las consideraciones de género para instalarse en los más diversos ámbitos de la vida, tocando directamente el campo de conformación de las subjetividades. Así como se define la normalidad se delimita lo "anormal", ejecutando desde allí una marca a esos cuerpos que trasgreden la norma y que requieren retomar el camino de lo "saludable".

La adscripción a una perspectiva situada y encarnada, por parte de los modelos de tratamiento de las adicciones en Chile, se presenta como una tarea compleja de completar. No solo porque el diseño y la aplicación de estas estrategias y planes son actos complejos de ejecutar- en la medida que involucran la movilización de recursos económicos y profesionales a la vez que un esfuerzo de

capacitación y compromiso con el trabajo terapéutico- sino que también porque asumir esta perspectiva con todos sus componentes y potencialidades, implica una transformación ideológico-política revolucionaria.

Tratamiento de adicciones: Una propuesta Sistémica relacional:

Luego de identificar algunos puntos críticos de los modelos, que nos parecen relevantes, es importante definir y reflexionar en torno a nuestra propuesta como equipo. Ésta es producto tanto de una reflexión y discusión teórica, como de lo observado y sistematizado en el trabajo clínico que hemos desarrollado durante el último año.

Como base de esta propuesta, presentaremos las nociones de *deconstrucción* y *externalización del problema,* las que otorgan un punto de partida que es importante explicitar. En lo que respecta a la *deconstrucción*, nos apoyamos en los planteamientos de Jacques Derrida, considerando también que es una categoría conceptual que ha sido enriquecida por el pensamiento de otros autores y que continúa hoy generando discusiones y controversias en los círculos intelectuales y filosóficos. En un primer acercamiento, la deconstrucción evoca la acción de *desmembrar* o separar cada una de las partes de un todo, con el fin de volver a componer ese todo en otro espacio. Su objetivo es conocer y comprender un fenómeno y/o realidad determinada, a la vez que propone una reflexión al respecto. Es decir, representa un ejercicio cuyo fin no es descomponer para "destruir" o para "crear" un todo nuevo, sino que es el de conocer de manera profunda y diversa el todo para volver a armarlo. Nos parece importante enfatizar este punto, ya que algunas veces se identifica a la deconstrucción con una práctica negativa, al respecto Derrida indica: *"…Más que destruir era preciso asimismo comprender cómo se había construido un 'conjunto', y, para ello, era preciso reconstruirlo. No obstante, la apariencia negativa era y sigue siendo tanto más difícil de borrar cuanto que es legible en la gramática de la palabra (-des), a pesar de que esta puede sugerir, también, más una derivación genealógica que una demolición. Esta es la razón por la que dicha palabra, al menos no por sí sola, no me ha parecido nunca satisfactoria (pero ¿qué palabra lo es?) y la razón por la que debe estar siempre rodeada de un discurso"* (Derrida, J., 1997: 3). Por ello, la deconstrucción no podrá ser entendida como un "hecho" o una enunciación que por sí sola represente o logre el objetivo de comprender o abarcar una realidad o un todo que se desea conocer. Deberá estar rodeada de un discurso, de una serie de procesos históricos y de contenidos de índole diversa que le otorguen la riqueza y profundidad necesarias. La deconstrucción no puede ser definida como un método de análisis simplemente, o como una manera más compleja de

desarrollar una crítica respecto de algo, ya que estas delimitaciones resultan insuficientes para abarcar su amplitud semántica o su funcionalidad: "… l*a desconstrucción no es siquiera un* ***acto*** *o una* ***operación****. No sólo porque, en ese caso, habría en ella algo «pasivo» o algo «paciente»… No sólo porque no corresponde a un* ***sujeto*** *(individual o colectivo) que tomaría la iniciativa de ella y la aplicaría a un objeto, a un texto, a un tema, etc. La desconstrucción tiene lugar; es un acontecimiento que no espera la deliberación, la conciencia o la organización del sujeto, ni siquiera de la modernidad.* ***Ello se desconstruye****. El* ***ello*** *no es, aquí, una cosa impersonal que se contrapondría a alguna subjetividad egológica.* ***Está en desconstrucción*** *(Littré decía: «desconstruirse... perder su construcción»). Y en el «se» del «desconstruirse», que no es la reflexividad de un yo o de una conciencia, reside todo el enigma. Querido amigo, me doy cuenta de que, al intentar aclararle una palabra con vistas a ayudar a su traducción, no hago más que multiplicar con ello las dificultades: la imposible «tarea del traductor» (Benjamin), esto es lo que quiere decir asimismo «desconstrucción»"* (Derrida, J., 1997) Al parecer del mismo Derrida, el concepto o categoría, el hecho de la deconstrucción no podría ser entonces precisado sin dejar fuera algún aspecto de su riqueza, conocida su amplitud y versatilidad.

Por otro lado, la noción de *externalización del problema*, ha sido expuesta principalmente por K. Tomm al respecto (Tomm, K. 1989) cuando analiza el desarrollo de esta práctica llevado a cabo por el terapeuta australiano Michael White. Lo primero que propone la *externalización del problema,* es lograr una separación lingüística que diferencie al problema del paciente, es decir, que abandone la idea primera que las personas cargan de que ellos "son" el problema. El uso adecuado del lenguaje resulta fundamental en esta técnica, la que más bien podría ser descrita como un proceso de mediano y largo aliento, por lo que se señala que la *externalización del problema* es siempre progresiva: *"… es un proceso continuo de co-elaboración de una 'nueva realidad' que se va realizando en la posterior disección terapéutica del problema, 'separándolo' de la percepción que el paciente tiene de sí mismo como persona. En suma, se realiza una separación sistemática de los atributos, las ideas, los supuestos, las creencias, los hábitos, las actitudes y los estilos de vida problemáticos y se los distingue de la identificación dominante del paciente"* (Tomm, K. 1989). Esta concepción considera la noción de que la incorporación del problema a la identidad personal del paciente, dificulta en gran medida la posibilidad de salir de él o de atenuarlo, ya que es muy difícil que alguien pueda realizar el ejercicio de "escapar de sí mismo" o librarse de sí mismo. Así, el paciente se convierte el mismo en el problema, y es identificado así por los demás (familia, entorno), con lo que aparecen rótulos negativos, etiquetas vinculadas con

"la persona en sí misma", y no con "el problema". Este hecho, limita aún más las posibilidades del paciente de "separarse" del problema. La *externalización,* busca eliminar esta identificación del sujeto con el problema, y erradicar los rótulos negativos que pueden convertirse en patologizantes. La práctica de *externalización* considera la elaboración de un relato nuevo en torno al "problema" que lo distancie de la persona, que etiquete al problema mas no al paciente.

La segunda parte de esta técnica o práctica es definida por White como *internalización de la posición como agente* (White, M. 1987, citado en Tomm, K. 1989) y su objetivo es que una vez externalizado el problema y sus partes el paciente pueda encontrar las posibilidades que tiene de actuar contra él. Es decir, que se rebele ante la sujeción que el problema ejerce sobre él y se convierta en agente de cambio de su propia vida. Se relevan así las capacidades personales del paciente, su posibilidad de escoger el camino que quiere que su vida tome y los pasos que dará para recorrerlo (Tomm, K. 1989) La *externalización* implicaría entonces dos ejercicios fundamentales, que pueden identificarse como: "un sacar fuera" verbalizando y nombrando el problema y sus aristas; seguido de un "construir" elaborando un contraargumento que interrogue el relato dominante y reconstruya la identidad personal (Morales, R. 2010)

Otro de los aspectos constituyentes de nuestra propuesta, es el de la *actitud terapéutica*, cuya base es establecer un diálogo que facilite la *narración* constituyente de la externalización del problema. Es decir, fomenta la emergencia del relato que permitirá que el paciente se separe del problema. Será la actitud que posibilita el "sacar fuera" como primer paso del proceso de externalización. Para ello, es fundamental pensar en las preguntas con las que una sesión se inicia, ya que pueden promover prácticas nocivas para la acción terapéutica narrativa, tales como la mantención de rótulos, o centrar el relato en el problema o en las drogas, sin permitirnos otorgar espacio al paciente y garantizarle un espacio seguro desde el cual construir. Además de manifestar una *actitud terapéutica centrada en el diálogo y en la persona*, debemos instar al consultante a identificar el problema, separándose el (ella) mismo(a) de éste, es decir, diferenciándose como una persona individual con una identidad que no está cimentada en el problema. En este punto, es de vital importancia considerar el lenguaje que utiliza el paciente y el que nosotros como terapeutas usamos, ya que este determinará en gran medida el proceso de externalizar. Por ejemplo, cambiar palabras como *"yo no valgo…"* o "*yo no soy…"* por las de *"existe algo que no vale…" "esto no es…"*, etc. Al dialogar con el paciente, debe tenerse presente la práctica deconstructiva, que en este punto permitirá confrontar posiciones con la persona. Esta práctica

promoverá la reflexión del paciente sobre su propio discurso, en la medida que le hacemos ver o explicitamos aspectos centrales y/o tangenciales de su relato, que no siempre están tan claros, dado que pueden estar incorporados en nuestro lenguaje o cosmovisión sin que tengamos plena conciencia de ello. Al conocer el relato del paciente, se debiera indagar lo más posible en él con el fin de lograr el ejercicio de una práctica deconstructiva en relación a este relato. Si logramos conocer cada uno de sus aspectos, revisar sus énfasis, sus silencios, el lenguaje que se utiliza, los tonos con que cada frase se enuncia, el valor que se otorga a cada situación, etc., podremos descubrir los puntos que nos permitirán levantar los contenidos subordinados. Es decir, podremos ayudar a la construcción de un *relato subalterno* que brinde y/o garantice un territorio seguro desde el cual el paciente pueda construir sus propias estrategias interrogando a su propia historia dominante. Esta actitud, centrada en la persona, nos propone engrosar un camino delgado, nos propone garantizar la conquista del territorio, visitar el sentido, en la medida que los relatos subalternos aparecen con trazas poéticas podemos invitar a las habilidades de enfrentar esa voz que fue dominante, a saber cómo, a buscar otros significados, a conocer la historia, el contexto, los aspectos positivos, a pegar estas historias con letras brillantes, a tener un acceso directo, un nuevo registro.

Como cuarto elemento relevante en nuestra propuesta terapéutica, se encuentra lo *micropolítico*, que en la terapia será entendido como el conjunto de acciones que emprendemos en dirección de definir de manera distinta las realidades vinculadas a los campos en que los actores involucrados en el proceso terapéutico se desenvuelven (Pakman, M. 2006). En esta medida, la micropolítica abarcará aspectos tan diversos como las relaciones interpersonales, la estética, la cultura en general, las consideraciones relativas al género, a la economía o a la vida social, etc.

Cabe preguntarse en este punto si es legítimo o si corresponde a un terapeuta trabajar sobre ámbitos que, en apariencia, no tienen relación con lo "mental" o con lo "psicológico" propiamente tal. Al respecto, Pakman sostiene que *"…resulta que buena parte de lo que es mental son cuestiones sociales y políticas que tienen que ver con definiciones de la realidad sobre las cuales hay que operar de algún modo. Por tanto, este aspecto micropolítico es un intento de legitimar como parte genuina del trabajo terapéutico que hacer todas esas cosas es parte de lo que debemos hacer y, a la vez, un reclamo para evitar caer en algo en lo que lo que se cae con frecuencia, que es decir: 'bueno, yo sabría hacer muchas cosas en esta situación, pero lamentablemente no puedo, porque hay problemas contextuales que me impiden hacer lo que debería hacer como psicoterapeuta que soy'"* (Pakman, M. 2006) Se propone con esta categoría, que el trabajo del

terapeuta puede y debe enriquecerse y abarcar campos diversos de la realidad de los pacientes y sus familias, ya que esos campos configuran en gran medida lo "mental" o psicológico, e inciden de manera decisiva sobre los problemas e inquietudes de quienes consultan.

De la mano de lo micropolítico, se halla lo *poético*, como noción fundamental para el desarrollo de esta propuesta. Este concepto se vincula con todos aquellos momentos en los que es posible observar *cambios discontinuos* (Pakman, M. 2006), que generan desarticulaciones en la continuidad, las que abren posibilidades nuevas de trabajo y exploración de sentido. Estos puntos de cambio son *"momentos singulares del proceso terapéutico, que escapan tanto a las interpretaciones que se venían haciendo de las cosas, como al hecho de que no están determinados por los modelos a los que decimos que estamos adscritos y que informan lo que hacemos, sino por otras fuentes de aprendizaje; están relacionados con algo que nosotros usamos frecuentemente en la comunicación cotidiana: las metáforas generativas pero no se agotan en ellas, ni las incluyen necesariamente*" (Moreno, A. Citando a Pakman, M. 2006). Observamos entonces que lo poético genera una discontinuidad en el proceso terapéutico, la que es seguida de momentos interpretativos de gran riqueza y valor para el trabajo del terapeuta y el del paciente. Por ello se afirma que los momentos poéticos son "generativos", es decir, *productores* (*Poiesis*) de nuevas imágenes y nuevos relatos, que brindan posibilidades renovadas al proceso.

Así consideradas, la micropolítica y la poética se vinculan entre sí en el trabajo del terapeuta, ya que proponen prácticas consonantes. Nos llaman a ampliar nuestro campo de acción incorporando elementos culturales, consideraciones sociales, perspectiva de género, categorías económicas y relacionales a nuestro quehacer. Consideramos que la reflexión en términos micropolíticos tensiona y vuelve diverso el campo de acción de la terapia, contexto en que lo poético (entendido como *momento de cambios discontinuos*) puede irrumpir dando pie a un nuevo lenguaje o un nuevo relato, mostrando su carácter *generativo*.

Lo micropolítico, incorporado a la terapia nos permite incidir de manera más duradera en la realidad del usuario y de la familia y/o grupo de acompañantes. Además, consideramos que es vital incorporar estos aspectos si se quiere poner a la (os) acompañante (s) dentro del trabajo terapéutico, como sujetos visibilizados, complementando la labor que se realiza con el paciente. Consideramos que la relación entre lo micropolítico y lo poético es de tensión pura, en la medida que está caracterizada por estas contradicciones: se enfrentan pero se complementan a la vez, y proponen críticas y acciones que desafían los modelos ya conocidos de trabajo terapéutico. Ante lo micropolítico, que puede ser estabilidad y cambio al mismo tiempo, mostramos lo poético que

es *puro cambio* en sí mismo, que representa una discontinuidad productiva que colabora en sus conclusiones con la reflexión micropolítica del terapeuta y con la que este propone al paciente. Desde la perspectiva de la narrativa, lo poético puede utilizar recursos provenientes desde distintos ámbitos (ciencia, literatura, arte, saber popular, historia personal, etc.), incorporarlos al lenguaje y abrir una veta de exploración significativa para las familias. Lo que produce lo poético (las palabras, las ideas, los relatos) permite a las personas cuestionar sus propias historias dominantes, desarticularlas y volver a configurarlas, del todo o en alguna de sus partes, como sea o como lo necesiten. Por ejemplo, la perspectiva de género, desde lo micropolítico, puede tensionarse con lo poético y subvertir la concepción que un sujetx tiene respecto de cuál debe ser su rol y/o posición dentro del proceso terapéutico que emprende otro y al que el/ella mismo (a) se incorpora o se suma desde uno propio. El cuestionamiento a las retóricas que predominan en el campo de la normalización de los géneros, pueden servir para, desde lo poético, generar ese "quiebre" o ese *momento de discontinuidad* que buscamos. Ese nuevo punto de partida, permite al terapeuta emprender un nuevo camino de construcción narrativa, que ayudará la *paciente/acompañante* a trabajar en su propio proceso terapéutico, desde contenidos que para ella (él) misma (o) están cargados de sentido, y que no imaginó como recursos valiosos para la terapia.

De estos dos desarrollos, micropolítica y poética, M. Pakman (2015) plantea una postura "*crítico-poética*" en la terapia. Esta última se erige como una reflexión crítica sobre las distintas fuerzas que le dan forma a las elecciones que voy haciendo en mi vida, con lo que el proceso de terapia se transforma en una práctica social crítica, a través del cuestionamiento y el desafío a los "determinantes" sociales y a los procesos de formación de identidad, que operan como mecanismos de sujeción. Esta práctica poética invita a buscar eventos singulares que generen novedosas oportunidades de subjetivación. Dicho de otra forma, se busca tensionar las continuidades para propiciar situaciones dilemáticas; en un ejercicio problematizador que produzca nuevos horizontes que habitar. Otro aspecto que muestra gran potencial desestabilizador- y proyecciones políticas-, en el contexto de la terapia, es el que dice relación con la reflexión acerca de la imagen y el proceso de imaginación como clave *"emancipatoria para soslayar la hegemonía con la cual ciertos signos dominan los ordenamientos de ciertos mundos particulares*" (Pakman, 2015:120) . En esa línea, la hegemonía del signo micropolítico que sostiene un cierto dispositivo de saber/poder, establece la domesticación (subjetivación) de las imágenes a través de la irrealización de estas, marginándolas o ignorándolas, o bien hiperrealizándolas

(desensualizándolas y desingularizándolas) o estereotipándolas mediante su repetición incesante, desarrollando una "*eterna producción de soportes para identidades sospechosamente parecidas entre sí"* (Pakman, 2015: 128). Aquello que Badiou sistematiza como el aprender a vivir la vida con "intensidades programadas". Para el caso de la práctica clínica, se revela la importancia de este desarrollo en el camino de compaginación de relatos novedosos, susceptibles de ser utilizados en el contexto de una práctica narrativa. Las retóricas emanadas del poder, en ámbitos como el género, la sexualidad, las relaciones sociales, comportamientos afectivos y muchos otros, suprimen unas imágenes mientras relevan algunas, a la vez que- en un ejercicio cercano a lo performativo- reiteran la producción (y reproducción) de otras, cuando ellas apuntan a la mantención de la estabilidad de los procesos de normalización. Para Pakman, el rescate de la sensualidad conduce a instalar de lleno el proceso poético de la imaginación como una posibilidad liberadora, que permite la ruptura de micropolíticas dominantes (Pakman, 2015). Al mismo tiempo, enfatiza en su capacidad creadora y generativa desde la sensualidad propia de la materialidad de la realidad, la que posibilitaría la conformación de "nuevos mundos" y la oportunidad de habitarlos.

Cuerpo, subjetividad y género en el tratamiento de las adicciones

En la concepción tradicional acerca del consumo de drogas, la categoría de cuerpo es concebida desde la teoría médica, en la que la experiencia de la corporalidad se aísla de la dimensión subjetiva y se reduce a una condición físico-material. Un modo de considerar este aspecto, es que a través del consumo de drogas el sujetx establece una nueva relación con su propio cuerpo, ya que transforma su percepción y la que tiene del entorno y de los demás. Si se piensa el consumo a partir de elementos tales como los efectos inmediatos del consumo en el cuerpo, las transformaciones que la autopercepción sufre en el transcurso del consumo o bien como cambia y se dinamiza la relación del sujetx con su propia corporalidad; es posible elaborar e identificar la presencia de relatos nuevos que los propios sujetxs pueden construir acerca de su experiencia. Esta consideración permite, además, desplazar el centro del "problema" desde el objeto "drogas" hacia el análisis que acerca del uso que lxs sujetxs hacen de su propia corporalidad, más que la utilización posible que hacen de la sustancia propiamente tal.

En el contexto del trabajo clínico y de investigación, ha sido posible identificar algunos emergentes en los relatos con los que usualmente nos enfrentamos. Por ejemplo, centrando la experiencia en

el cuerpo, es recurrente la aparición de sucesos traumáticos vividos desde lo físico, que han actuado directamente sobre la configuración subjetiva. En lo que dice relación con los discursos normativos acerca de la sexualidad y del género, es posible identificar una serie de emergentes que pueden ayudarnos a contemplar la real importancia del sexo-género dentro del proceso de configuración subjetiva y corporal a la vez. La complejidad de las relaciones interpersonales se establece desde los binarismos, donde, por lo general, existe un masculino estable y poderoso y un femenino que, en la mayoría de los casos, ha vivido situaciones de sometimiento y objetivación de su cuerpo. En las consideraciones de género y sexo, aparecen de modo patente los elementos culturales en los que estas se enmarcan. De allí la importancia de asumir un enfoque que considere los *singularismos* y el origen y contexto cultural de lxs sujetxs. Es posible además pesquisar la recurrencia de elementos de esta índole que se hallan naturalizados en las relaciones interpersonales, en el entorno familiar y en la relación con el propio cuerpo.

La experiencia corporal del consumo de drogas, sitúa el espacio del *afuera* como una especie de paliativo del *adentro,* sorprendiendo como un anestésico o un medio de abstracción con respecto a la realidad. Desde aquí, consideramos que el consumo de drogas transforma el cuerpo, la vivencia del deseo y la construcción identitaria; elementos que se erigen como causas y efectos, a la vez, del proceso de conformación subjetiva en los sujetxs. Por otra parte, la conflictiva relación que puede establecerse entre *droga, cuerpo y género,* tiene también proyecciones políticas, que es necesario explicitar si quiere emprenderse una terapia descolonizadora y crítica. Desde nuestra propuesta de trabajo, nos hacemos parte activa de la atención *"a los cuerpos que a nadie le importan"* (Butler, 2007), desvinculándonos de los procesos de normalización propios de los dispositivos terapéuticos. A la vez, nos sensibilizamos respecto de la micropolítica que sostienen estos dispositivos y que determinan, de hecho, roles estáticos tanto en lo que corresponde a la evaluación de la problemática de los usuarios de dichos espacios (pacientes), como en lo que respecta a las maneras estandarizadas de entender los casos desde modelos efectivos.

Para este campo en particular, el del sexo-género como espacio normativo del cuerpo y de lo subjetivo, la reflexión que se plantea desde la práctica narrativa acerca de la imagen, la imaginación y el evento poético se visualiza como relevante para pensar en nuevas tramas constituyentes de los modos de narrar y concebir estas nociones, encarnadas en lxs sujetxs. Estas nuevas tramas poseen proyección política y capacidad de desestabilizar el marco normativo regulatorio en el que se inscriben ciertos signos que dominan el ordenamiento de aspectos

particulares de la vida social, política, sexual, familiar, etc. Las imágenes también son utilizadas por los dispositivos de poder en el sentido de normar y "domesticar" la configuración subjetiva. Por ello, la cooptación de estas por parte del proceso terapéutico puede trabajar en el sentido de configurar relatos nuevos, plantear puntos críticos y establecer rupturas que permitan la irrupción del cuerpo, de la encarnación y la singularidad que cada sujetx vive y proyecta.

La configuración de mundos nuevos que habitar aparece como horizonte posible, cuando se escoge el camino que dibujan algunos de los modelos y reflexiones que hemos expuesto. Este trabajo se plantea como un avance, un primer paso en un trayecto que se muestra pleno de aperturas, posibilidades y oportunidades. Un camino lleno de potencialidades y que propone aportes significativos al campo de la práctica clínica y al de las ciencias sociales en general.

BIBLIOGRAFÍA

- Alba de la Vega, Víctor (2002) "Qué es la deconstrucción", en Revista *Comunicación*, julio-diciembre 12 (002), Instituto tecnológico de Costa Rica: Costa Rica
- Besoain, Carolina (2014) *Poética en psicoterapia: la imaginación y el rescate de la singularidad de la experiencia*, recurso power point. Módulo narrativo, Diplomado psicoterapia sistémica: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile
- Butler, Judith (1990) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad.* Barcelona: Paidós
- Butler, Judith (2007) *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Barcelona: Paidós
- CIE 10, 1992
- CONACE (1994) *Primer estudio nacional de drogas en población general*. Consejo Nacional para el control de Estupefacientes: Ministerio del Interior
- Deleuze, Gilles (1987) *Foucault.* Barcelona: Paidós
- Deleuze, Gilles (1977) Rizoma. Obtenido en: www.fenom.com/spanishtheory

- Derrida, Jacques. (1997) “Carta a un amigo japonés”, en *El tiempo de una tesis: Deconstrucción e implicaciones conceptuales* (Traducción de Cristina de Peretti) Barcelona: Proyecto A Ediciones: pp. 23-27.

- DSM IV, 1994

- Kaufman, Edward (comp.) (2004) *El tratamiento de abuso de sustancias y la terapia familiar.* Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, Centro para el tratamiento de abuso de sustancias, EE.UU. Obtenido en: www.samhsa.gov/centers/csat/csat.html.

- Krieger, Peter (2004) “La deconstrucción de Jacques Derrida (1930-2004)”, en *Anales del Instituto de Investigaciones Estéticas 84,* S.L.E.

- Morales, Rodrigo (2010) *Introducción a la terapia narrativa: posmodernidad, terapia narrativa y procesos de identidad*. Presentación en power point, curso Teoría Clínica II, Magíster Psicología Clínica: Universidad de Chile, Santiago

- Moreno, Alicia (2006) *Entrevista a Marcelo Pakman*. Realizada en la Universidad P. Comillas de Madrid, España. Contexto: taller organizado por el Master en Terapia Familiar y de Pareja. España. Recurso PDF.

- Pacheco, Mario. *Entrevista motivacional de William Miller y Stephen Rollnick.* Centro para el desarrollo de la Psicoterapia estratégica breve, Santiago.

- Tomm, Karl (1989) *Externalización del problema e internalización de la posición como agente.* En “Introducción a M. White. Guías para una terapia familiar sistémica”. *Journal of Strategies and Systhemics Therapies*, 8 (1)

- Pakman, Marcelo (2006) *Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia*. España: Gedisa

- Pakman, Marcelo (2015) *Texturas de la imaginación*. España: Gedisa

- Preciado, Paul (2004) *Retóricas del género. Políticas de identidad, performance, performatividad y prótesis*. Obtenido en: http://www.uia.es/artpen/estetica/estetica01/frame.html

- SENDA (2013) *Décimo estudio nacional de drogas en población general. Principales resultados*. Servicio Nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol (SENDA): Ministerio del Interior